

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

No



POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

ALBERT MERCIER

Né le 15 août 1905 à Coulon (Deux-Sèvres)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT
DES HÉMORRAGIES
PAR PLACENTA PRAEVIA

*Étude critique faite à la Clinique Obstétricale
de l'École de Médecine de Nantes (Professeur LEROUX)*

Président de Thèse : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

ALBERT MERCIER

Né le 15 août 1905 à Coulon (Deux-Sèvres)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT
DES HÉMORRAGIES
PAR PLACENTA PRAEVIA

*Étude critique faite à la Clinique Obstétricale
de l'École de Médecine de Nantes (Professeur LEROUX)*

Président de Thèse : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BROCO Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 CHAVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) .. Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophthalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
ABRAMI..... Clinique médicale.
CHIRAY..... Clinique médicale.
N........ Clinique médicale.
DUVOIR..... Clinique médicale.
BASSET..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU..... Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER... Clinique chirurgicale.

MM.
MOCQUOT..... Clinique chirurgicale.
PROUST..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ..... Clinique chirurgicale.
LE LORIER.... Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL... Clinique obstétricale.
METZGER..... Clinique obstétricale.
GUÉNIOT..... Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé ...		Education physique.
WDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Qui me montra en exemple une vie faite de
Probité.*

A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde affection filiale.

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

*En le remerciant du très grand honneur qu'il
m'a fait en acceptant de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
LANTUÉJOUL

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de Clinique Obstétricale à l'Ecole de Médecine de Nantes
Chirurgien des Hôpitaux de Nantes
Croix de guerre

*En le remerciant des conseils et de l'aide qu'il
m'apporta dans la rédaction de cette thèse.*

A LA MÉMOIRE DE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSSE

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Ecole de Médecine de Nantes

Mon Maître regretté.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE NANTES

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NANTES
PEN-BRON, SAINT-NAZAIRE ET QUIMPER

A MES CAMARADES D'EXTERNAT
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

INTRODUCTION

Nous ne prétendons pas dans ce travail opposer ou juxtaposer notre statistique se composant seulement de 63 cas d'Insertion Basse du placenta à celles beaucoup plus nombreuses qui ont été rapportées, notamment à celles publiées par M. PAUCOT et REEB, dans leur rapport si complet et si clair au 8^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française. Nous avons voulu simplement étudier les cas d'Insertion Basse du Placenta qui se sont présentés à la Maternité Clinique de Nantes de 1919 à 1933, et faire un examen analytique et critique des méthodes qui furent employées par nos Maîtres, MM. les Professeurs GROSSE et LEROUX, et relever les résultats obtenus.

L'ensemble des cas que nous avons recueillis forme un tout homogène en ce que des idées générales, communes à ces deux accoucheurs, ont présidé au choix des méthodes. La série des cas observés montre une grande variété de traitements, tous employés sans parti-pris, et l'éclectisme qui présida au choix du procédé nous conduit à un résultat qui, si nous en jugeons par les publications faites, nous place en un bon rang.

Cette étude peut être justifiée par ce fait que ce n'est pas la brutalité des chiffres qui permet l'amélioration d'un procédé, son choix ou son rejet ; c'est bien plus l'exposé des cas, avec la conduite qui fut suivie et le résultat qui fut obtenu qui amène peu à peu un choix judicieux d'un procédé déterminé.

■

L'étude détaillée de ces 63 cas, repris l'un après l'autre, montre la variété des méthodes de traitement, puisqu'elles s'étendent de l'accouchement spontané à l'hystérectomie mutilatrice.

Il n'a jamais été question d'appliquer systématiquement soit des méthodes obstétricales, soit des méthodes chirurgicales. Rien n'est plus contraire aux nécessités impérieuses de la thérapeutique clinique qui doit savoir ou pouvoir s'adapter avec souplesses aux exigences de chaque cas particulier.

Chaque cas d'espèce se présente dans des conditions propres qui le caractérisent. Or, ces conditions étant des plus variables, l'indication thérapeutique s'impose d'elle-même, dans l'un ou l'autre sens, en raison même des différences fondamentales qui opposent les cas les uns aux autres. C'est là une première discrimination qui permet de classer les cas observés.

D'autres observations ayant un relief plus estompé justifient les discussions et les divergences de conclusions thérapeutiques. C'est alors que les arguments invoqués en faveur de l'une ou l'autre méthode, perdent de leur force de conviction. Le facteur

personnel entre en jeu, les préférences particulières apparaissent, et d'autant plus qu'elles sont fonctionnelles-mêmes de la tournure d'esprit, de la forme d'éducation médicale reçue, et, pour résumer d'un mot, de la tendance chirurgicale ou médicale de l'obstétricien ; les chirurgicaux, conscients de l'efficacité certaine et immédiate de l'aide chirurgicale et sûrs de leur technicité, y recourent naturellement ; les médicaux, peut-être par défiance excessive des voies artificielles de la chirurgie, et préférant mettre leurs espoirs dans l'emploi des interventions minima, recherchent les solutions d'apparence plus physiologiques et plus simples, parce que empruntant les voies naturelles. Ces deux tendances se sont opposées tout au long du rapport des discussions du dernier Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique.

Quelque respectables que soient leurs justifications, il nous paraît qu'elles ne puissent jouer que dans le cadre restreint des cas qui ne ressortissent pas, de façon inéluctable, pourrait-on dire, à la méthode chirurgicale ou obstétricale.

Une autre perspective s'ouvre encore sur la question, lorsqu'on considère la pratique des faits.

Dans la réalité des choses, presque toutes ces hémorragies par placenta praevia se présentent comme des urgences. Une hémorragie grave, succédant à une ou plusieurs autres, surprend la femme ; à l'exception des cas foudroyants, rares d'ailleurs, la femme est transportable dans un centre obstétrical convenablement installé, l'auto simplifie d'ailleurs

le transport, le téléphone alerte rapidement le médecin du centre obstétrical.

C'est ce qui se passe en général dans la région nantaise, dans un rayon allant jusqu'à 100 kilomètres au moins. Mais il arrive que ce transport soit tardif, soit que des manœuvres aient été imprudemment entreprises et ne donnent pas le succès escompté, soit que des difficultés matérielles aient gêné le transport rapide. Il arrive aussi que, au lieu d'envoyer directement les malades vers le centre obstétrical, la famille exige la visite à domicile du spécialiste, gaspillant en pure perte un temps précieux alors que chaque minute compte ; il arrive même que la famille croyant à tort souvent la malade intransportable, s'oppose catégoriquement à son déplacement.

Dans ces conditions, combien paraît vaine et éthérée la libre discussion entre les partisans de telles ou telles méthodes. La nécessité d'agir au mieux des intérêts de la femme plie impérieusement les praticiens que nous sommes, aux circonstances pratiques du milieu rural de la ferme, du milieu ouvrier. Et, naissent là des nouvelles indications, d'allure peu scientifique, mais adaptées rigoureusement aux cas concrets.

Pour situer les faits dans leur cadre exact, prenons l'exemple de 2 primipares très saignées au début du travail avec dilatation nulle ou légère.

La première est admise d'emblée dans un centre obstétrical où on l'opère de suite de césarienne, sau-

vant son enfant et la mettant du même coup à l'abri du danger de l'hémorragie et de l'infection.

L'autre, surprise loin de tout secours, se voit par impossibilité de transport appliquer des traitements successifs : rupture artificielle des membranes, puis, devant l'échec, des manœuvres multiples contendant ou déchirant le col pour aboutir à une version séparée. L'enfant meurt et la femme est exposée à de nouvelles pertes ou aux risques d'infection à la suite des manœuvres.

Un exemple encore : Une femme 3^e pare, 2^e geste, ayant eu un simple petit écoulement pendant sa grossesse et non alarmée par ce fait, vient faire ses couches à la clinique parce qu'elle y eut son premier enfant. Or, dès les premières douleurs du travail, elle est prise d'une métrorragie telle que l'on n'a que le temps de la transporter à la salle d'accouchement. En quelques minutes l'hémorragie a été si importante, qu'un état syncopal s'est produit, nécessitant une action immédiate. Un Braxton-Hicks est fait avec un col à 5 francs, très souple ; l'enfant ne survit pas, mais la femme est sauvée. Croit-on que là encore, les conditions si favorables du milieu obstétrical, où providentiellement était venue la parturiente avant ses accidents hémorragiques, ne lui aient pas rendu le plus précieux des services.

Nous concluons, après la critique des résultats obtenus, en montrant qu'il faut savoir choisir par l'analyse de chaque cas particulier dans la diversité

des procédés que les accoucheurs possèdent, en se rapprochant cependant de ceux dont le résultat semble le moins aléatoire et pour la mère et pour l'enfant.

HISTORIQUE

L'historique du placenta praevia a déjà été fait par nombre d'auteurs, et en particulier longuement développé par DESOUBRY dans sa thèse en 1925 ; sans désirer y revenir nous mettrons brièvement en parallèle la régression des mortalités maternelle et infantile et l'évolution du traitement.

Le symptôme alarmant de l'insertion basse du placenta est l'hémorragie, et, à cette crainte d'hémorragie, s'ajoute une crainte d'infection justifiée puisque, en 1912, le professeur COUVELAIRE, publiant les statistiques des Maternités de Baudeloque, Tarnier, Tenon, Lyon et Ferré de Pau, trouvait que 20 femmes mouraient d'infection et 18 d'hémorragies. Sur 165 exitus, PAUCOT et REEB trouvent encore 46 décès par infection et 6 par péritonite en 1933.

Ajoutons le traumatisme obstétrical portant sur le segment inférieur lésé par l'insertion vicieuse du placenta, et nous comprendrons la gravité réelle du placenta praevia.

Malheureusement, l'insertion basse du placenta est relativement fréquente dans la pratique hospita-

lière. Les professeurs BRINDEAU et JEANNIN donnent une fréquence de 1 sur 250 dans la *Pratique de l'Art des Accouchements*, et DESOUBRY, dans sa thèse, 1 sur 250.

N'ayant pu établir de statistiques précises, il nous semble que, depuis quelques années, sa fréquence augmenterait à la Maternité Clinique de Nantes, et ceci serait dû à une facilité plus grande de transport et à ce que les médecins praticiens, se rendant compte de l'amélioration des résultats en milieu hospitalier, se reconnaissent eux-mêmes dépourvus de moyens de traitement et ont tendance à adresser leurs malades plus rapidement au milieu obstétrical.

*
* *

Pour bien se rendre compte de ce que fut la mortalité dans l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur, il nous suffit de lire la statistique d'ARNETH de Vienne, dans le *Traité Pratique de l'Art des Accouchements* de 1869, et les *Leçons de Depaul*, en 1874. Plus de 1 femme sur 3 meurent ; sur 71 cas observés à l'hôpital des Cliniques, DEPAUL perd 25 femmes et, de plus, sur 25 insertions centrales, il perd 15 femmes.

Infection, hémorragie, traumatisme obstétrical se retrouvent dans la cause des décès.

Pour l'enfant, la mortalité est fort élevée et, en ne prenant que ceux de plus de huit mois, il meurt 29 produits sur 50, soit 58 pour 100.

Quels sont les traitements ? NÆGELÉ et GRENZER sont partisans de l'antique tamponnement de LEROUX de Dijon et de l'extraction immédiate après dilatation naturelle ou artificielle du col. A côté, ils signalent un certain nombre de moyens, pour eux secondaires : la ponction des membranes, la déchirure en bordure de l'aire placentaire si le placenta est recouvrant, le procédé de Barnes ou décollement sur le pourtour de l'orifice, le ballon du même auteur, le décollement du placenta de Simpson, ce dernier étant d'ailleurs très critiqué.

Pour DEPAUL, ce sont : le tamponnement et la rupture large des membranes, mais pas d'extraction forcée ; au contraire, il est partisan de la version sans extraction immédiate, préconisée par LEVRET ; les autres méthodes sont indiquées également. Par contre, avec une dilatation avancée, l'auteur emploie volontiers le seigle ergoté.

A la fin du XIX^e siècle, la mortalité se trouve abaissée aux environs de 20 pour cent, et même en dessous, comme en font foi les thèses parues entre 1890 et 1900. Certaines méthodes voient leur faveur disparaître : le seigle ergoté et l'accouchement forcé par exemple. Deux méthodes ont gagné auprès des accoucheurs, ce sont : l'emploi des ballons et la version sans extraction.

Voici la ligne de conduite suivie par PINARD :

- 1^o L'injection chaude à 40° ;
- 2^o La déchirure large des membranes ;

3^o La dilatation du col et le tamponnement à l'aide du ballon de Champetier de Ribes ;

4^o L'injection sous-cutanée de sérum salin.

Le Braxton-Hicks, version par manœuvres mixtes avec abaissement d'un pied, est apparu en 1864 ; et, dans les mains d'accoucheurs exercés, il abaisserait la mortalité maternelle à 10 pour cent et même au-dessous.

Mais la mortalité fœtale n'est pas encore en régression, elle varie de 60 à 80 pour cent, et le Braxton-Hicks semble particulièrement dangereux.

Longtemps encore, elle demeurera élevée ; citons les statistiques de DODERLEIN en 1908, HAUCH en 1910, MOUCHOTTE en 1910, et enfin COUVELAIRE en 1912, qui mentionnent que, sur 45 enfants de plus de 2 kilogrammes, 30 meurent.

A côté de la mortalité fœtale, la mortalité maternelle a continué sa régression et est descendue en dessous de 10 pour cent lorsque les femmes se trouvent dans de bonnes conditions ; elle va même s'y stabiliser comme nous le verrons tout à l'heure.

Cette régression continue n'empêche pas certains accoucheurs de s'adjoindre la Césarienne comme traitement du placenta praevia. SEILHEIM, en 1908, déclare : « Quand le placenta est praevia, la marche naturelle de l'accouchement amène un antagonisme des différentes fonctions et met mère et enfant au bord de la tombe. »

Il publie alors huit opérations de Césarienne avec

huit succès maternels et fœtaux, pendant qu'à côté, KRÖNING donne six succès, complets également.

La discussion s'engage alors sur le traitement chirurgical de l'insertion basse du placenta, traitement déjà admis et employé à titre exceptionnel. Parmi les opposants, se trouve MARTIN de Berlin, qui condamne cette technique dans une lettre ouverte, avec lui sont : FLANNES, PFANNENSTIEL et THIESS, en Allemagne, et NEWEL de Boston. Le professeur BAR, au Congrès de Pesth, en 1910, se déclare partisan de la Césarienne, à titre exceptionnel, devant la faillite des moyens obstétricaux « dans l'hémorragie grave avec col long, non effacé, pourvu que la femme ne soit pas infectée, l'enfant vivant et l'opérateur exercé. »

COUVELAIRE, en 1912, au Congrès de Berlin, après examen de la statistique déjà citée, conclut en disant : « Le risque minime de mort par hémorragie ne justifie pas la pratique systématique de l'accouchement prématuré césarien. »

Cette réserve se poursuivra au Congrès de Londres, en 1919, et au Congrès de Paris, en 1921, où COUVELAIRE et HENROTAY sont rapporteurs. HITSCHMANN de Vienne, à la même époque, confirme leurs conclusions par la publication d'une statistique. En Allemagne cependant, le traitement chirurgical s'étend et s'oriente vers la pratique de la césarienne, supra-symphisaire.

Notre regretté maître, le professeur GROSSE, en 1919, en faisant une Césarienne corporéale pour un

cas d'hémorragie grave par placenta praevia, compliqué de présentation de l'épaule chez une primipare, à peine en travail, avec un col fermé, se rangea parmi les promoteurs, en France, de la méthode de traitement chirurgical du placenta praevia, devant laquelle s'ouvrait un si brillant avenir.

En 1921, les professeurs BAR et BRINDEAU trouvent que le traitement chirurgical par la Césarienne supra-symphysaire est intéressant, le procédé avait été introduit en France, par BRINDEAU et SCHIKÉLÉ en 1919 pour d'autres dystocies.

M. DESOUBRY, élève du professeur BRINDEAU, fit du traitement chirurgical l'objet de sa thèse en 1925, et y recueille 27 observations. Ses conclusions font encore autorité : rejet de la Césarienne systématique, mais extension de ce procédé dans les cas graves où il faut agir vite, la femme étant placée dans certaines conditions.

Depuis, nombre de thèses et de publications sont parues sur ce sujet, et dernièrement, ce fut l'objet du dernier Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, MM. PAUCOT et REEB étant rapporteurs.

Il est intéressant de rapprocher la statistique de COUVELAIRE, publiée en 1912, et celle de ces auteurs. Rapprochement très difficile : la première est faite uniquement avec des cas obstétricaux ; dans la deuxième, plus longue, entrent les deux traitements chirurgical et obstétrical, et ici, certains obstétriciens abandonnent à l'obstétrique les cas désespérés, alors

que d'autres accoucheurs opèrent lorsqu'il n'y a plus guère d'espoir.

Nous croyons aussi que, depuis 1912, le nombre des cas graves s'est accru avec les facilités de transport. En effet, certains praticiens qui avaient autrefois des résultats déplorables, parce que obligatoirement livrés à eux-mêmes, loin de tout centre obstétrical, attendent encore trop une issue heureuse et envoient les femmes à la dernière extrémité.

En 1912, COUVELAIRE collationne :

374 p. p. avec 48 décès maternels, soit 8,30 pour cent.

En 1933, PAUCOT et REEB collationnent :

2.200 p. p. avec 198 décès maternels, soit 9 pour cent.

Pour l'obstétrique :

1.724 cas avec 155 décès, soit 7,82 pour cent.

Pour la chirurgie :

476 cas, avec 43 décès, soit 9,10 pour cent.

L'amélioration n'existe donc pas et il semble que la chirurgie soit plus meurtrière que l'obstétrique

Mais il importe de tenir compte que, dans les méthodes chirurgicales, la Césarienne vaginale, qui s'apparente à l'obstétrique, présente un petit nombre de cas, et est meurtrière avec 6 décès sur 39 interventions ; et que l'hystérectomie et le Porro ne sont le plus souvent que des opérations de pis aller, pratiquées dans des conditions défavorables, après un

échec obstétrical, ou lorsque tout autre méthode eût été vaine. Des 14 décès qui sont imputés à l'hystérectomie et au Porro, une majorité doit certainement être répartie sur les autres procédés.

Ainsi les méthodes chirurgicales de choix, les césariennes abdominales n'entrent que pour 23 décès sur 376 interventions, soit 6,09 pour cent, et mieux la Césarienne basse n'a que 13 décès sur 300, soit 4,33 pour cent.

L'amélioration est très grande si l'on considère les résultats fœtaux.

En 1912, COUVELAIRE mentionne qu'il meurt 30 enfants sur 45 enfants de plus de 2 kilogrammes.

En 1933, PAUCOT et REEB, pour l'obstétrique trouvent une mortalité de 33,63 pour cent pour les enfants de plus de 1.800 grammes et, pour la chirurgie seulement 15,10 pour cent pour les mêmes enfants.

Ces chiffres de mortalité prouvent donc que le traitement chirurgical n'est pas une opération de pis aller, au contraire, tant pour la mortalité maternelle où la Césarienne est au deuxième rang après la rupture large des membranes (2,40 pour cent) que pour la mortalité fœtale où aucune méthode n'arrive à l'égaliser.

EXPOSÉ DES OBSERVATIONS

Avant d'entreprendre l'étude critique des conduites tenues dans l'insertion basse du placenta à la Maternité clinique de Nantes, de 1919 à 1933, nous allons exposer, en n'en donnant que l'essentiel, les observations que nous y avons recueillies.

De 1919 à 1933, il s'est présenté 63 cas d'hémorragies par insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur, et ces 63 cas ont été la cause de 4 décès maternels et 25 décès infantiles, soit une mortalité maternelle de 6,38 pour cent et fœtale de 40,3 pour cent.

Nos cas se répartissent en 38 cas revenant à l'obstétrique et 25 cas traités par des méthodes chirurgicales : soit 59,67 pour cent de cas obstétricaux et 40,3 pour cent de cas chirurgicaux. Cette statistique, peu longue, il est vrai, nous place dans un juste milieu si l'on regarde le tableau publié par MM. PAUCOT et REEB : il est en effet des accoucheurs comme FRUHNZOLD qui compte 99,07 pour cent de cas obstétricaux, et d'autre comme PHANEUF qui a employé 24 fois des procédés chirurgicaux sur 24 cas.

A. — Méthodes obstétricales

Les 38 cas appartenant à l'obstétrique se subdivisent au point de vue des conduites tenues de la façon suivante :

1^o 15 cas dans lesquels il y eut un accouchement spontané avec une seule fois une application de forceps après dilatation spontanée et complète.

2^o 5 cas où l'hémorragie cessa après une déchirure large des membranes (Méthode de Puzos). 2 de ces 5 observations mentionnent une extraction au forceps après une dilatation spontanée et complète.

3^o Il fut fait 6 applications de ballon, 7 si l'on y joint un cas où il fallut intervenir par voie haute après échec.

Deux accouchements se terminèrent spontanément, 2 autres par une application de forceps ; enfin 2 fois il fut procédé à une version podalique avant dilatation complète, sans extraction immédiate.

4^o Il fut fait 4 versions par manœuvres mixtes de Braxton Hicks à dilatation de 5 francs environ.

5^o La version podalique par manœuvres internes fut faite 8 fois, soit :

5 fois sans extraction immédiate,

3 fois avec extraction immédiate.

Un de ces cas mérite d'être relevé. Le placenta presque entièrement décollé dut être extrait avant l'enfant, qui, malgré cela, naquit vivant. C'est un cas de *filius ante patrem*, rare en soi, mais particu-

lièrement intéressant ici puisque l'enfant survécut à de graves hémorragies et à une opération inusitée, imposée par la disposition anatomique des choses.

Notons ici qu'il y eut deux accouchements par le siège qui appartiennent au groupe des accouchements spontanés, et deux présentations de l'épaule, l'une fut transformée en siège et l'hémorragie nécessita ensuite une rupture large des membranes ; pour l'autre, on procéda à une version par manœuvres mixtes, avec abaissement d'un pied.

1^o ACCOUCHEMENT SPONTANÉ.

OBSERVATION 1-1920-96.

M^{me} L., âgée de 18 ans, primipare, entrée à la Maternité le 5 février 1920. Dernières règles aux environs du 15 août 1919.

2 hémorragies depuis 8 jours, assez abondantes.

A l'examen : état général bon, bruits du cœur fœtal bons, présentation du siège ; col déhiscent.

La malade accouche seule, sans hémorragie, peu après son entrée. Délivrance spontanée.

Enfant vivant de 1.800 grammes ; mais débile, il meurt 4 jours après.

Suites de couches normales.

Insertion latérale du placenta.

OBSERVATION 2-1926-85.

M^{me} R., âgée de 33 ans, 6^e pare. Entrée d'urgence le 26 décembre 1926. Enceinte de 8 mois environ. Sans antécédents.

Hémorragies subcontinues depuis le 25 décembre, anémie extrême.

A l'arrivée : on découvre la malade et on voit l'enfant, en partie expulsé sur le brancard, par le siège : le placenta sur les fesses et les membranes autour de lui. Il semble mort depuis peu. On dégage la tête.

Les jours suivants, température à 38° qui va en s'abaissant.

La mère sort guérie le 20 janvier 1927.

Insertion centrale du placenta.

OBSERVATION 3-1927-131.

M^{me} P., âgée de 25 ans, secundipare. Entrée d'urgence, à 12 heures, le 9 avril 1927. A terme.

Pas d'antécédents intéressants.

A présenté dans la nuit du 8 au 9 une hémorragie abondante qui cessa après quelques injections chaudes.

Envoyée par le docteur LEROUX pour placenta proevia.

A l'arrivée : présentation céphalique, variété de position O. I. D. P., bruits du cœur fœtal perçus haut, dans la région para-ombilicale droite. Col fermé, mais souple.

A 15 heures, petites pertes sanguines ; à 15 h. 10 quelques douleurs et rupture spontanée de la poche des eaux. Les efforts d'expulsion commencent à 15 h. 30, avec des contractions fortes et bien rythmées.

A 16 h. 30, expulsion spontanée en occipito-sacrée d'une enfant de 3.240 grammes, vivant. Aucune déchirure.

La délivrance s'effectue normalement, environ 50 minutes après l'expulsion, par expression légère avec perte minimum de sang. Après la délivrance l'utérus reste mou, la malade perd abondamment. Après examen du placenta et de l'utérus : piqûre d'ergotine, massage abdominal, injection chaude. L'état devient inquiétant, malgré les moyens mis en œuvre.

A 17 h. 30, la malade succombe par inertie utérine.

OBSERVATION 4-1929-74.

M^{me} B., 5^e pare. Enceinte de 6 mois 1/2.

2 hémorragies dans les derniers jours qui précèdent son entrée.

Présentation céphalique.

Entre en travail sans hémorragie, accouche rapidement d'un enfant mort de 1.650 grammes.

Délivrance spontanée.

Suite de couches normales.

Insertion latérale du placenta.

OBSERVATION 5-1919-17.

M^{me} L., âgée de 42 ans, 8^e pare. Enceinte de 7 mois 1/2.

Tous les accouchements antérieurs normaux, sauf le 5^e à 7 mois 1/2 ; pas d'antécédents, pas d'albumine.

Vue par son médecin pour la 1^{re} fois à la Planche pour hémorragies gravidiques répétées. Entrée le 16 septembre 1929 à la Maternité Clinique pour hémorragies du placenta praevia, avec, à l'arrivée, un pouls à 80°, un enfant vivant, présentation céphalique non engagée, et des pertes séro-hématiques.

Jusqu'au 23 septembre, plusieurs hémorragies non alarmantes. Le 23, accouchement rapide en 4 heures, très douloureux. Expulsion spontanée, sans hémorragie, d'un enfant vivant de 1.850 grammes.

Délivrance spontanée, sans hémorragie.

Insertion latérale d'un placenta de 470 grammes.

À la suite de l'accouchement, utérus dur, en bois, très douloureux. Les douleurs ne sont calmées ni par le laudanum, ni par aucun autre calmant. Le 21, la douleur se localise à droite. Le 22, pouls rapide à 160, à 10 heures, vomissements porracés, ballonnement du ventre ; le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée est hésitant.

Laparatomie médiane : ventre plein de pus, appendice sain, la trompe droite est rouge, pleine de pus. Ablation de la trompe, Mickulicz. Suites excellentes.

La malade sort guérie le 10 novembre, avec son enfant vivant.

OBSERVATION 6-1930-17.

Mme L., âgée de 32 ans, 4^e pare. Entrée le 20 mai 1930, enceinte de huit mois.

Deux hémorragies les jours précédant son entrée.

A l'examen : présentation céphalique, bruits du cœur fœtal bons, ne saigne plus.

Le 23 mai, rupture spontanée des membranes.

Le 24, accouchement sans complications d'un enfant vivant, de 2.400 grammes.

Insertion latérale du placenta.

La mère sort le 3 avril avec son enfant vivant.

OBSERVATION 7-1930-62.

Mme G., âgée de 29 ans, 4^e pare, enceinte de 7 mois 1/2.

Entrée d'urgence le 30 avril 1930, pour hémorragie du placenta praevia.

A l'arrivée, l'enfant de 1.570 grammes est expulsé mort sur le brancard.

Délivrance spontanée. Bonnes suites de couches.

Insertion latérale du placenta très altéré.

OBSERVATION 8-1932-56.

Mme D., âgée de 45 ans, secundipare. Entrée le 2 juin 1932, enceinte de 7 mois 1/2.

Hémorragie abondante la veille de son entrée.

A l'examen : présentation céphalique, pas de bruits du cœur fœtal, col fermé, pas de début de travail, mais y entre bientôt.

Après rupture spontanée des membranes, il se produit une procidence du cordon qu'on ne sent pas battre ; puis accouchement d'un enfant mort.

Délivrance spontanée, lente, sans hémorragie.

Insertion latérale du placenta.

Suites de couches normales.

OBSERVATION 9-1933-134.

M^{me} L., âgée de 27 ans, tertipare, entrée le 23 février 1933.
Dernières règles du 20 au 24 juillet 1932.

Entre avec le diagnostic de décollement prématuré du placenta ou placenta praevia. Les membranes seraient rompues depuis un mois environ.

Présentation céphalique, col fermé.

Le 27 février, accouchement spontané d'un enfant mort, de 1.880 grammes.

Suites de couches normales.

Insertion latérale du placenta.

OBSERVATION 10-1932-64.

M^{me} R., âgée de 29 ans, tertipare, entrée le 19 décembre 1932, à 11 heures. Enceinte de 7 mois 1/2.

3 hémorragies graves. Anémie intense à son arrivée.

Rupture spontanée des membranes huit jours auparavant.

Accouchement spontané, sans hémorragie, d'un enfant vivant, de 2.500 grammes.

L'hémorragie reprend après l'accouchement, état de choc accentué, on pratique une délivrance artificielle.

Insertion marginale du placenta.

Suites de couches normales.

OBSERVATION 11-1932-12.

M^{me} X., âgée de 32 ans, secundipare.

Grossesse gémellaire, de huit mois environ, accouchée à son domicile d'un enfant vivant et d'un autre mort.

Très anémiée.

Amenée par son médecin pour rétention de l'arrière-faix.

Délivrance artificielle. Après la délivrance, l'hémorragie continue, choc hémorragique et mort presque immédiate.

OBSERVATION 12-1932-134.

M^{me} G., 26 ans, secundipare, entrée le 9 mars 1932. Dernières règles du 3 au 8 juin 1931.

Entre avec une hémorragie légère, subcontinue.

A l'examen : bon état général : présentation céphalique, pas de bruits du cœur fœtal.

L'accouchement se fait sans hémorragie, l'extraction est faite au forceps ; délivrance spontanée.

Insertion latérale du placenta.

Enfant de 2.480 grammes, mort avant l'accouchement.

Suites de couches normales.

OBSERVATION 13-1933.

M^{me} H., 4^e pare, entrée le 22 novembre 1933. Dernières règles du 1^{er} au 8 avril.

Le 22 novembre 1933, à deux heures, perte de sang rouge très abondante et continue. Entre à dix heures du soir : l'hémorragie s'arrête après son arrivée. Anémie légère.

Le 24, à 23 heures, entre en travail. Hémorragie légère qui cesse peu après. Le 25, à dix heures : dilatation complète, présentation céphalique en O. I. G. A., pas d'hémorragie. Bruits du cœur fœtal bons.

Accouchement d'un prématuré vivant, mais qui meurt bientôt (non viable).

Délivrance spontanée.

Insertion latérale du placenta qui sort par son bord.

Suites de couches bonnes.

OBSERVATION 14-1933-98.

M^{me} M., âgée de 22 ans, primipare, entrée le 29 juin 1933. Dernières règles vers le 28 août 1932.

Le 24 juin, première hémorragie à son domicile. Le 2 juillet, hémorragie abondante. Entre en travail le 3 juillet à 18 heures.

A l'examen : présentation céphalique, tête engagée en O. I. D. P. ; bruits du cœur fœtal bons ; la dilatation, est à deux francs. La malade expulse alors deux caillots fétides et sa température est à 38°5.

A 19 heures, hémorragie ; rupture spontanée des membranes, l'hémorragie s'arrête.

A 21 h. 50, expulsion spontanée d'un enfant vivant de 3.025 grammes.

Température élevée les jours suivants, avec écoulement fétide et des frissons. Septicémie puerpérale aiguë avec hémoculture positive au streptocoque hémolytique.

Sort le 30 juillet et meurt chez elle, le 3 août.

Insertion marginale du placenta.

OBSERVATION 15-1933-57.

M^{me} R., deuxième pare, entre le 23 novembre 1933. Dernières règles du 8 au 10 avril.

Premier accouchement : césarienne suprasymphisaire pour bassin rétréci. Gros enfant vivant.

Hémorragie les 23, 26, 30 novembre et 4 décembre.

La malade est de plus en plus anémiée, avec décoloration des muqueuses et pâleur des téguments.

Entre en travail le 14 décembre, à 22 heures.

Le travail dure plus de 9 heures, pas d'hémorragie.

Accouchement spontané d'un enfant vivant de 2.480 grammes.

Insertion marginale du placenta, membranes rugueuses.
Suites de couches bonnes.

2° RUPTURE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES.

OBSERVATION 16-1930-62.

M^{me} G., âgée de 29 ans, 4^e pare, enceinte de 8 mois.

Entrée d'urgence le 13 février.

A son entrée, la femme, qui présente une hémorragie depuis le début de son travail, déclare n'avoir pas senti remuer l'enfant depuis plusieurs jours.

A l'examen : présentation céphalique, pas de bruits du cœur fœtal, dilatation presque complète, poche des eaux intacte.

Rupture artificielle de la poche des eaux ; accouchement spontané, sans accident.

L'enfant mort commence à desquamier.

Suites de couches normales.

OBSERVATION 17-1933-23.

M^{me} G., âgée de 34 ans, tertipare, entrée le 17 janvier 1933. Enceinte de 7 mois 1/2.

Premier accouchement spontané, en siège, avec dystocie de la tête dernière, déchirure du périnée, enfant mort de 10 livres. Deuxième accouchement, à terme, en occipito-sacré, extraction au forceps d'un enfant de 10 livres 1/2 mort également.

Fatigue accentuée au cours de la grossesse, albumine dans les urines ; hémorragie le 2 janvier, puis le 17 janvier qui motivent son entrée.

Le 21, à 11 heures, dilatation à petite paume de main, présentation céphalique, bruits du cœur fœtal bons ;

à 14 h. 45, hémorragie, rupture artificielle de la poche des eaux. Accouchement spontané d'un enfant vivant, de 2.630 grammes.

Insertion marginale du placenta.

Suites de couches bonnes.

OBSERVATION 18-1929-82.

M^{me} B., 32 ans, tertipare, à terme. Entrée le 29 août 1929, pour hémorragie du travail.

A l'examen : présentation céphalique, pas de bruits du cœur fœtal, dilatation à deux francs, hémorragie légère, mais continue.

Déchirure large des membranes qui arrête l'hémorragie.

Puis, la dilatation étant presque complète et ne progressant plus, la tête ne descendant pas, on fait une application de forceps et procède à l'extraction d'un enfant de 4.660 grammes, mot *in utero*.

Insertion latérale du placenta.

L'hémorragie reprend, mais s'arrête après une délivrance artificielle.

Suites de couches bonnes.

OBSERVATION 19-1933-48.

M^{me} S., 37 ans, secundipare. A terme.

A présenté trois hémorragies bénignes pendant sa grossesse et est atteinte d'hydramnios.

A l'examen : début de travail, présentation de l'épaule, enfant vivant.

Par manœuvres externes, transformation en siège. Puis hémorragie ; on pratique une déchirure large des membranes. Expulsion d'un enfant vivant, de 3.320 grammes.

Insertion latérale du placenta.

Suites de couches normales.

OBSERVATION 29 octobre 1933.

M^{me} X., 31 ans. Secundipare, entrée le 19 octobre, dernières règles, fin décembre 1932.

Entre à sept heures du soir, mais saigne abondamment depuis midi. État très grave. Pas de bruits du cœur fœtal, présentation céphalique. Début de travail.

Rupture large des membranes qui arrête l'hémorragie. Forceps à dilatation complète, à huit heures 1/2. Enfant mort in utero.

Insertion centrale partielle du placenta.

Une transfusion avait été préparée pendant l'accouchement, l'état de la femme s'améliorant après l'arrêt de l'hémorragie, elle n'a pas été faite.

Suites de couches bonnes.

3^o BALLON.

A). *Ballon avec accouchement spontané.*

OBSERVATION 21-1926-61.

M^{me} C., âgée de 37 ans, 7^e pare. Entrée le 1^{er} août 1928, enceinte de 8 mois.

Hémorragies nombreuses, état général mauvais.

Sous anesthésie au schleich, on place un ballon de Champetier de Ribes. L'expulsion spontanée suit la chute du ballon.

Enfant vivant.

Délivrance normale.

Insertion latérale du placenta.

Suites de couches normales.

OBSERVATION 22-1929-57.

M^{me} P., 32 ans, 5^e pare. Entrée le 22 juillet 1929. Enceinte de 5 mois 1/2.

La malade entre pour hémorragies abondantes.

A l'examen : aucun début de travail, membranes intactes.

L'hémorragie risquant de mettre la femme en danger, un ballon est placé sous anesthésie au chloroforme.

Expulsion, après le ballon, d'un fœtus mort et non viable.

Délivrance artificielle.

Insertion latérale du placenta.

Suites de couches bonnes.

b) *Ballon suivi d'extraction au forceps.*

OBSERVATION 23-1921-120.

M^{me} D., 9^e pare, enceinte de 7 mois, entrée d'urgence le 9 mars 1921.

Première hémorragie le 9 mars.

A l'examen : tête engagée, enfant vivant, col long et fermé quoique ce soit une 9^e pare. L'hémorragie nécessite la mise en œuvre immédiate d'un procédé.

A 21 heures : dilatation aux bougies d'Hegar, mise en place d'un ballon de Champetier de Ribes. A 6 heures du matin, expulsion du ballon et dilatation à petite paume de main. A 8 heures, la dilatation, presque complète, est achevée par le docteur GROSSE. Extraction d'un enfant vivant de 1.900 grammes, mais qui meurt peu après.

Insertion latérale du placenta qui sort déchiqueté.

Suites infectieuses les jours suivants, lochies fétides nécessitant un curetage le 3^e jour, qui ramène des morceaux de la caduque épaissie. Absès de fixation. Chute de la température le 8^e jour. Puis *phlegmatia alba dolens*. Guérison.

OBSERVATION 24-1926-85.

M^{me} C., âgée de 34 ans, 5^e pare. Entrée d'urgence le 30 août 1926. Enceinte de 5 mois 1/2.

État d'anémie grave, avec pouls à 140 à son arrivée.

A l'examen : la tête est engagée, il y a un début de dilatation, avec un col souple et les membranes rompues.

Application d'un ballon de C. de R., suivi d'une extraction au forceps.

Délivrance par expression.

Enfant débile mort.

Insertion latérale du placenta.

Suites de couches normales.

c) *Ballon suivi de version sans extraction.*

OBSERVATION 25-1932-8.

M^{me} Gr., âgée de 23 ans. Primipare. Entrée le 6 mai 1932, à 28 heures. Dernières règles du 3 au 6 octobre 1931.

Hémorragies peu abondantes les jours précédents son arrivée. Présence d'albumine dans les urines. Hydramnios ; la radio détruit l'opinion de grossesse gémellaire qui avait été émise.

Le 7 mai, à 10 h. 30, hémorragie ; au toucher : le col est effacé, dilaté à un franc ; on sent des membranes rugueuses et des caillots abondants.

La rupture artificielle des membranes est pratiquée. Il s'écoule environ 8 litres de liquide. Un ballon est mis en place. L'hémorragie devient minime. La tête est haut située, le cœur fœtal est perceptible.

A 20 h. 30, quelques coliques. Sous anesthésie, on fait une version par manœuvres internes, la cuisse droite est abaissée. A 20 h. 35, l'accouchement est terminé.

L'enfant est ranimé, mais meurt bientôt.

Le placenta est extrait, incomplet ; la révision amène le reste. Insertion marginale.

Suites de couches normales ; la malade sort guérie le 21 mai.

OBSERVATION 26-1932-58.

Mme L., âgée de 29 ans. Entrée le 23 mars, enceinte de 8 mois.

Application de forceps à son premier accouchement.

A son arrivée : femme saignant peu mais très choquée ; col utérin déhiscent, non effacé ; cul-de-sac postérieur matelassé.

Le 24 mars, vers 21 heures, hémorragie abondante, arrêtée aussitôt par une rupture artificielle large des membranes. Mais l'état demeurant grave, on intervient au moyen d'un ballon de Champetier de Ribes placé dans le col, alors dilaté à 5 francs.

Ensuite, sous anesthésie au chloroforme, abaissement d'un pied, l'expulsion se fait seule.

Enfant de 2.480 grammes, qui naît étonné, mais crie rapidement.

Délivrance spontanée.

Bonne suite de couches.

4^o MÉTHODE DE BRAXTON HICKS.

OBSERVATION 27-1924.

Observation due à l'obligeance du Dr LEROUX.

Appelé d'urgence par une sage-femme auprès d'une primipare en plein travail, saignant abondamment depuis plusieurs heures. A terme. Enfant vivant. Dilatation 5 francs.

La famille s'opposant au transport de la femme, on pratique une version par manœuvres mixtes de Braxton Hicks.

On est obligé de dilater un peu le col et, avec une très grande difficulté, on parvient à réaliser la version au milieu d'une hémorragie très menaçante.

Expulsion spontanée d'un enfant mort.

Délivrance artificielle, l'hémorragie s'arrête. Guérison sans complication.

Depuis la malade a eu une autre grossesse, terminée spontanément avec un enfant vivant.

OBSERVATION 28-19.

Malade du Dr LEROUX. Femme de 42 ans. Tertipare. Enceinte de 9 mois.

Hémorragie très grave, avec début de travail, avec membranes intactes, col dilaté à 5 francs.

D'abord, rupture large des membranes, puis abaissement d'un pied par manœuvres mixtes de Braxton Hicks.

Enfant mort-né.

Insertion marginale du placenta.

Suites de couches excellentes.

OBSERVATION 29-1933-66.

Mme H., secundipare. Entrée le 19 juin 1933. Dernières règles du 8 au 12 septembre 1932.

Hémorragies nombreuses pendant sa grossesse.

Le 19, à son domicile, une hémorragie plus abondante survient.

Au toucher on trouve : une présentation céphalique très haute, une dilatation de 1 franc, l'enfant est vivant.

A l'arrivée à la Maternité, enfant mort, dilatation de 5 francs, membranes intactes, l'hémorragie continue.

On pratique la version par manœuvres mixtes de Braxton Hicks avec abaissement d'un pied.

La dilatation progresse lentement ; on emploie l'hypophyse qui accélère les contractions. L'enfant, expulsé spontanément, ne peut être ranimé.

Délivrance spontanée, en 5 minutes, après l'accouchement.

Placenta inséré sur le col.

Bonnes suites de couches, sort le 23 juin.

OBSERVATION 30-1928-60.

M^{me} A., primipare. A terme.

État d'anémie aiguë à son entrée.

A l'examen : début de travail, col dilaté à 5 francs, membranes intactes et présentation de l'épaule.

On fait une rupture large des membranes et l'abaissement d'un pied par manœuvres mixtes.

Enfant mort, de seulement 1.800 grammes.

Insertion centrale partielle du placenta.

Suites de couches normales.

5^o VERSION PODALIQUE.

OBSERVATION 31-1926-132.

M^{me} B., âgée de 37 ans, secundipare, entrée le 9 mars 1926. Enceinte de 8 mois 1/2.

Nombreuses hémorragies depuis quelques jours. État général mauvais.

A l'examen : présentation céphalique en O. I. D. P. Pas de bruits du cœur fœtal ; membranes intactes, dilatation à 5 francs.

On pratique l'abaissement d'un pied, après augmentation légère de la dilatation : la manœuvre est aisée.

Expulsion d'un enfant de 3.270 grammes mort. Rupture du périnée et choc après l'accouchement.

Insertion centrale du placenta.

Le lendemain la température est à 40° ; on fait un abcès de fixation, la température tombe en quelques jours.

OBSERVATION 32-1932-155.

M^{me} G., âgée de 38 ans. Entrée le 9 septembre 1932.

A terme.

A l'arrivée : présentation céphalique haute, bruits du cœur fœtal bons, membranes intactes, col dilaté à 5 francs.

Sous anesthésie on dilate légèrement le col très souple, puis il est fait une version podalique.

5 heures après, la malade a 38° 5 de température, on procède à l'extraction avec dilatation complète. L'anse du cordon est procidente pendant la manœuvre.

L'enfant pesant 3.830 grammes naît étonné, mais crie bientôt.

Insertion centrale partielle du placenta.

Suites de couches normales.

OBSERVATION 33-1933-138.

M^{me} C. Agée de 38 ans, 5^e pare, enceinte de 7 mois.

3 hémorragies antérieures à son entrée.

A l'arrivée : état très grave, pouls à 140. Présentation céphalique, pas de bruits du cœur fœtal ; membranes intactes ; col perméable et souple.

Sous anesthésie au chloroforme, on augmente la dilatation et on pratique l'abaissement d'un pied ; l'extraction est faite à dilatation presque complète.

Délivrance spontanée. Enfant vivant.

Suites de couches bonnes.

Insertion centrale partielle du placenta.

OBSERVATION 34-1933-148.

M^{me} S., primipare. Entrée le 3 juin 1933. Dernière règles du 28 août au 9 septembre 1932.

Hémorragie en janvier, puis en avril seulement.

Le 3 juin, hémorragie au début du travail motivant son entrée.

A l'examen : présentation céphalique, souffrance fœtale membranes intactes, col souple et dilatable.

Sous anesthésie générale, dilatation du vagin, puis rupture des membranes, dilatation du col, abaissement d'un pied, l'expulsion se fait spontanément.

Enfant vivant, de 2.740 grammes.

Délivrance artificielle.

Insertion centrale du placenta.

Suites de couches : sensibilité de la corne gauche pendant deux jours ; septiciémie et glace sur le ventre. Guérison.

OBSERVATION PERSONNELLE 35.

Appelé en pleine nuit par une sage-femme pour une hémorragie par insertion centrale du placenta. Près du terme, tertipare, ayant deux enfants morts précédemment.

A l'examen : col souple à petite paume, bruits du cœur fœtal bons, état de choc très accentué, s'opposant au transport de la malade.

Sur place, sous anesthésie au chloroforme, on passe à travers le placenta. Version avec abaissement d'un pied qui arrête l'hémorragie. Quelques instants après extraction de l'enfant motivée par une procidence du cordon avec arrêt des pulsations de celui-ci.

Extraction d'un enfant, d'environ 2.500 grammes, difficile à ranimer.

Déchirure complète du périnée. Suites de couches bonnes.

OBSERVATION 36-1931-15.

M^{me} Ch. âgée de 28 ans, tertipare, à terme, malade exsangue à son arrivée.

Dilatation petite paume, membranes intactes ; présentation céphalique, pas de bruits du cœur fœtal.

On pratique immédiatement la rupture des membranes, la dilatation, l'extraction par version. La femme meurt 10 minutes après de choc hémorragique.

Insertion centrale du placenta.

Enfant mort in utero.

OBSERVATION 37-1932-65 bis.

Mme D., âgée de 25 ans. Secundiparè entrée le 21 juin 1932 ; dernières règles du 18 au 21 novembre 1931.

Première hémorragie à 5 mois.

A son entrée : femme très saignée, pouls à 140. Pas de bruits du cœur fœtal, présentation céphalique ; pas de début de travail. L'hémorragie ayant cessé complètement, on fait du sérum.

Le soir, nouvelle hémorragie, avec début de travail : la malade devient exsangue. Dilatation à 5 francs ; le Docteur LEROUX traverse le placenta et abaisse un pied. On procède à l'extraction ; la tête donne lieu à des difficultés

Enfant mort ; délivrance artificielle.

Insertion centrale du placenta.

Une transfusion est faite aussitôt avec d'excellents résultats.

Dans les suites de couches la malade fait une infection puerpérale et guérit.

OBSERVATION 38-1931-150.

Mme L., âgée de 33 ans. Secundipare. Entrée le 23 mars 1931. Enceinte de 8 mois.

Hémorragie le 13 mars, puis nouvelle hémorragie très abondante le 22 mars qui motive son entrée.

Le 24 à 11 heures, on trouve à l'examen : tête haute en O. I. D. T., inaccessible au toucher. Pas de début de travail. Sensation de matelassage dans les culs-de-sac. On décide d'attendre.

Le 25 mars à 16 h. 45, hémorragie très abondante, le Docteur GROSSE arrive un quart d'heure plus tard. Malade très pâle, pouls incomptable, état syncopal. Au toucher : dilatation de 5 francs col souple. L'hémorragie continue. L'état est trop grave pour envisager une césarienne.

Sous anesthésie au chloroforme, le Docteur GROSSE

pratique une dilatation manuelle. Puis le placenta, qui était inséré sur le col (insertion centrale), complètement décollé, est extrait. Ensuite version par manœuvres internes, extraction facile de l'enfant, trop facile même.

L'enfant pâle, en état de mort apparente, est ranimé.

L'exploration manuelle montre une déchirure du col se prolongeant d'une part sur le côté gauche du segment intérieur, d'autre part sur le dôme vaginal.

Après sérum et tonicardiaque, il est fait une hystérectomie, avec péritonisation du petit bassin et Mickulicz.

Sort le 27 avril, état général bon.

Enfant vivant, de 2.880 grammes.

B. — Méthodes chirurgicales

Comment se subdivisent nos 25 cas traités par des méthodes chirurgicales.

1^o 2 césariennes corporéales : la première fut faite en 1919 et fit l'objet d'une communication du professeur GROSSE à la *Société de Gynécologie et d'Obstétrique* et nous la retrouvons dans la revue de *G. et d'O.* de 1919, t. XI. La seconde date de 1928, avant que la césarienne supra-symphisaire soit la seule technique qui sera désormais employée.

2^o 18 césariennes basses ;

3^o 3 césariennes suivies d'hystérectomie ;

4^o 1 hystérectomie à 6 mois pour hémorragie grave de l'I. B. du P.

Voyons les succinctement.

1^o CÉSARIENNES CORPORALES.

OBSERVATION 39-1914-104. Observation princeps du Professeur GROSSE.

Mme D., 20 ans, primipare, domestique, est prise le 15 août 1919, en ville, pendant son travail, d'une perte de sang peu abondante. Elle se couche une demi-journée et, l'écoulement sanguin s'étant arrêté, reprend son travail qu'elle continue jusqu'à son entrée à la Maternité Clinique de Nantes, le 20 août.

A son arrivée, on note les détails suivants : aucun antécédent héréditaire ou pathologique connu, elle a marché à 15 mois, les dernières règles sont du 18 au 22 décembre 1918.

L'examen du sujet montre une très légère déviation de la colonne vertébrale à gauche, le bassin paraît normal. œdème marqué des pieds et du tiers inférieur des jambes. Quelques varices des membres inférieurs, varices volumineuses des grandes lèvres. Les urines, examinées à l'entrée, ne contiennent pas d'albumine. La hauteur de l'utérus est de 34 centimètres. Présentation céphalique en O. I. G. T., l'engagement de la tête fœtale non effectué.

Le 24 août, la femme étant debout, est prise le soir d'une hémorragie assez abondante, mais qui s'arrête spontanément : repos au lit.

Le 25 août, nous examinons la femme vers 15 h. 1/2. L'utérus est de forme régulière, mais le fœtus est en position oblique, la tête dans la fosse iliaque gauche, haute, mobile ; le dos à droite, les petites parties fœtales du côté gauche et vers le fond de l'utérus. Les bruits du cœur fœtal sont très forts, perçus à droite en arrière, un peu au-dessus d'une ligne passant par l'ombilic. Col utérin long, mou, fermé : aucun écoulement de sang.

Cette présentation de l'épaule, chez une primipare sans malformation utérine, ne laisse pas que d'être anormale. Rapprochée de la perte de la veille et de la semaine précé-

dente, nous pensons qu'elle est due à l'insertion vicieuse du placenta qui empêche l'engagement de la tête.

Deux heures après notre examen, vers huit heures 1/2, la femme est prise brusquement, au lit, d'une hémorragie considérable : du sang liquide, des caillots s'écoulent sans arrêt du vagin, imprégnant successivement des draps d'alèze qu'il faut changer constamment. Des injections chaudes restent inefficaces.

A 20 heures : pouls à 92, la femme perd toujours abondamment, 10 centimètres d'huile camphrée.

A 20 h. 1/2, mandé par téléphone, nous arrivons près de la parturiente, dont les premières contractions du travail, apparues avec l'hémorragie, commencent à se rapprocher. Elles se reproduisent à deux ou trois reprises, pendant notre examen. Le sang continue à couler abondamment, sans arrêt, et de gros caillots sont de temps en temps expulsés du vagin. Le facies assez coloré avant l'hémorragie est devenu pâle. Le pouls rapide et petit s'accélère de façon continue, à 112 à notre arrivée, il atteint bientôt 116, puis 120. Menace de syncope, la malade pâlit et s'affaiblit à vue d'œil.

Toucher vaginal : dilatation de 1 frane à peine, à bord mince, mais résistant. A travers cet orifice, le doigt rencontre la surface utérine du placenta décollé sur une grande largeur, on n'atteint pas les membranes.

Dans cette situation angoissante et critique, qui demande un secours immédiat qu'aucun moyen obstétrical ne peut fournir assez prompt en raison de l'insuffisance de la dilatation, nous décidons de pratiquer l'opération césarienne. Elle est exécutée 10 minutes plus tard en position renversée, avec extériorisation de l'utérus. Extraction d'un enfant vivant.

Décollement et extraction du placenta, inséré presque entièrement sur le segment inférieur, en dessous de l'incision utérine. Le sang a continué de couler par le vagin

jusqu'à ce que le Placenta ait été décollé et enlevé, et trois gros caillots sont expulsés par la vulve sur la table d'opération pendant l'intervention. On n'en reverra plus par la suite.

L'utérus se rétracte bien et ne présente aucune lésion anatomique de la paroi.

Il est suturé en deux plans : le 1^{er} plan au fil, prenant toute l'épaisseur de la tranche (moins la muqueuse) ; le 2^e plan, superficiel, au catgut, enfouissant la 1^{re} suture.

Pendant l'opération on a fait passer 500 grammes de sérum physiologique sous la peau.

Le placenta allongé est formé de deux îlots unis par un pont de tissus placentaire. Sur le lobe inférieur on voit nettement la zone placentaire décollée, étendue à sa presque totalité et à la surface de laquelle existe un hématome infiltrant le tissu placentaire.

Suites opératoires. — L'état de la femme reste précaire pendant les 24 premières heures après l'opération. État syncopal, pouls rapide, petit, atteignant presque 150 le soir du 1^{er} jour après l'opération. On est sur le point de faire une transfusion de sang. La difficulté de trouver un donneur la fait remettre au lendemain matin s'il y a lieu.

Mais le lendemain matin l'état de la femme s'est amélioré, le pouls quoique toujours rapide (140) est moins dépressible, le facies est meilleur, la tendance syncopale a disparu. L'amélioration s'accroît le soir et les jours suivants : le pouls à 104 le 3^e jour, tombe à 84 le 4^e, à 75 le 7^e, en même temps qu'il retrouve son amplitude normale. Température normale.

Le 15 septembre, cicatrisation parfaite de la paroi abdominale réunie per primam.

Régression complète de l'utérus, mobile, non adhérent à la paroi abdominale. L'opérée commence à se lever, mais présente encore un certain degré de faiblesse et d'anémie.

Elle sort quelques jours plus tard, munie d'une ceinture abdominale.

L'enfant, fille pesant 2.950 grammes à la naissance, a été nourrie au sein, d'abord par une nourrice, puis par la mère dès que l'état de celle-ci l'a permis.

Elle progresse régulièrement, pèse 3.150 grammes à la sortie et son état est satisfaisant.

OBSERVATION 40-1928-92 *bis*.

M^{me} A., primipare, entrée le 28 février 1928. A terme.

A son entrée la malade est dans un état d'anémie grave.

A l'examen : la tête est en dessus de l'excavation pelvienne ; l'auscultation indique une souffrance fœtale ; début de travail avec membranes intactes, col légèrement entr'ouvert. Il n'y a eu qu'un minimum de toucher et d'examen.

Sous anesthésie générale, césarienne transpéritonéale.

Enfant vivant de 3.400 grammes, mais qui fut difficile à ranimer.

Il présente par la suite du strabisme qui est disparu à la sortie de la mère et de l'enfant, le 8 mars.

Délivrance facile ; insertion centrale du placenta. Après la délivrance l'hémorragie continue, mais s'arrête après une injection de rétropituine.

Avant son départ la femme fait une congestion pulmonaire bénigne.

2^o CÉSARIENNES SUPRASYPHISAIRES.

OBSERVATION 41-1928-7.

M^{me} P., 36 ans, 7^e pare, entrée le 2 novembre 1928.

A terme.

Pendant la grossesse, au 5^e et au dernier mois, deux petites hémorragies. La malade présente des douleurs lombaires et du ténésme vésical et rectal.

Examen à son entrée : vagin rétréci et qui manque de souplesse. Sensation de matelas spongieux dans les culs-de-sac latéraux. Tension artérielle = M. 11 1/2, m. 7.

Après un début de travail sans hémorragie, mais long et fatigant, avec une dilatation à 2 francs, les membranes intactes et une présentation frontale par déflexion de la tête, il est pratiquée, sous rachi-anesthésie, par M. le Professeur LEROUX, une césarienne supra-symphisaire.

Enfant vivant.

Insertion latérale du Placenta.

Suites opératoires : hématome de la paroi qui guérit rapidement.

OBSERVATION 42-1929-7.

M^{me} P., 26 ans, primipare, entrée le 8 juin 1929. A terme.

Hémorragies multiples pendant la grossesse. Début de travail avec hémorragie.

A l'examen : présentation céphalique, examen réduit au minimum.

Sous rachi-anesthésie, césarienne supra-symphisaire par le Docteur GROSSE.

Enfant de 3.650 grammes, vivant.

Insertion centrale du placenta.

Suites opératoires excellentes, la mère sort avec son enfant le premier juillet.

OBSERVATION 43-1929-71.

M^{me} C., 39 ans, 5^e pare, dont 1 fausse couche, enceinte de 8 mois 1/2.

Hémorragies multiples pendant sa grossesse.

A son entrée : femme anémiée et en hémorragie. Pas en travail, col fermé, membranes intactes.

Tension artérielle = M. 12 — m. 7. Tête non engagée, souffrance fœtale.

Sous rachi-anesthésie, césarienne supra-symphisaire par le Professeur GROSSE. Le segment inférieur mal développé oblige à prolonger l'incision sur le corps utérin.

Enfant de 2.950 grammes, vivant, mais difficile à ranimer.

Suites de couches bonnes.

Insertion latérale du placenta.

OBSERVATION 44-1931-138.

M^{me} F., 29 ans, tertipare, entrée le 9 mars 1931. Enceinte de 8 mois 1/2.

4 hémorragies très graves antérieurement.

Entre en hémorragie, sans début de travail ; col déhiscent ; présentation de l'épaule.

Rupture spontanée des membranes qui n'arrête pas l'hémorragie.

Césarienne supra-symphisaire, sous rachi-anesthésie.

Enfant vivant, de 1.730 grammes. Suites opératoires bonnes, l'enfant sort vivant.

Insertion marginale du placenta.

OBSERVATION 45-1931-47.

M^{me} D. 38 ans, secundipare, entrée le 2 juin 1931. Dernières règles du 22 au 27 octobre 1930.

Hémorragies multiples avant son entrée.

Le 5 juin, la malade entre en travail avec une hémorragie grave, l'enfant souffre.

Césarienne basse, Professeur GROSSE, sous rachi-anesthésie.

Enfant de 2.250 grammes, vivant, mais difficile à ranimer.

Le 8^e jour : désunion de la plaie, éventration ; suture sous anesthésie ; infection légère.

La malade guérit parfaitement.

OBSERVATION 46-1932-40.

M^{me} D., 37 ans, secundipare, entrée le 11 mars 1932 d'urgence, à 2 h. 30. Dernières règles du 29 juin au 1^{er} juillet 1931.

Hémorragie en janvier sans gravité. Du 10 au 11 mars, hémorragie grave qui motive son entrée. Le 14, à 16 heures, hémorragie au début du travail.

A 18 heures, col dilaté à deux francs ; rupture artificielle des membranes. A 19 heures, pas de progression dans la dilatation ; l'hémorragie continue ; bruits du cœur fœtal bons.

A 19 h. 30, les bruits du cœur faiblissent, opération césarienne supra-symphysaire sous rachi-anesthésie.

L'enfant, de 2.870 grammes, est long à ranimer.

Suites opératoires normales, sort le 27 mars.

Insertion latérale du placenta.

OBSERVATION 47-1932-149.

M^{me} T., 39 ans, 4^e pare, entrée le 20 mars 1932. Dernières règles du 20 au 25 juin 1931.

3 hémorragies au 7^e, 8^e et 9^e mois ; hémorragies le 13 et le 19 mars.

Le 29 mars, à 21 heures, femme en travail ; tête grosse et dure au-dessus du détroit supérieur ; le promontoire est accessible, le col dilaté à 5 francs, la poche des eaux intacte ; on sent un lambeau placentaire dans le col. Bruits du cœur fœtal bien frappé mais ralentis.

Rupture large des membranes : malgré la rupture, la tête ne descend pas et l'hémorragie continue.

A 22 h. 10, césarienne basse, sous rachi-anesthésie.

L'enfant de 3.450 grammes naît étonné, respire rapidement, mais mal.

Suites opératoires bonnes, la mère et l'enfant partent le 2 avril.

Insertion centrale du placenta.

OBSERVATION 48-1932-36.

M^{me} L., 28 ans, secundipare, à terme, entrée le 30 mai 1932, d'urgence à trois heures.

Hémorragies discontinues depuis avril.

A 3 h. 15, hémorragies abondantes avec lipothymie.

A 3 h. 45, le pouls est incomptable et faible.

A l'examen : tête élevée, bruits du cœur bons, vagin plein de caillots ; le col est effacé, mais non dilaté.

Tonicardiaques, sérum, puis césarienne basse sous rachianesthésie (Professeur LEROUX).

L'enfant, extrait difficilement par expression, naît étonné, très pâle ; il pèse 3.100 grammes.

Placenta : insertion sur la partie postérieure du segment inférieur ; insertion vélamenteuse du cordon ; rupture d'une artère ombilicale qui doit expliquer la pâleur de l'enfant.

Suites opératoires excellentes, la mère sort avec son enfant le 17 juin.

OBSERVATION 49-1932-50.

M^{me} G., 35 ans, primipare, entrée le 9 juin 1932, dernières règles du 1^{er} au 8 septembre 1931.

Hémorragies discontinues pendant sa grossesse ; entre à 4 heures, à la suite d'une hémorragie importante.

A l'examen : tête haute, dans la fosse iliaque droite, bruits du cœur bons. Au toucher : col dilaté à 1 franc, poche des eaux intacte, impossible d'atteindre la présentation.

A 16 h. 45, l'hémorragie continuant : césarienne basse, sous rachianesthésie. Le segment inférieur est mal développé, le péritoine friable, non décollable, est incisé. L'hémorragie est plus abondante qu'à l'ordinaire. La tête est extraite au forceps.

L'enfant de 2.250 grammes, vivant.

Placenta inséré en grande partie sur le segment inférieur.
Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION 50-193...

M^{me} De la B. , âgée de 42 ans, tertipare, enceinte de 9 mois. 2 hémorragies très importantes; dont l'une motive l'intervention.

A l'examen : présentation céphalique haute, membranes intactes, col dilaté à 5 francs. État très grave de la mère.

Césarienne basse sous rachi-anesthésie (Professeur LEROUX).

Extraction d'un enfant vivant.

Suites opératoires bonnes.

Insertion marginale du placenta.

OBSERVATION 51.

Malade du Docteur PERVER, 27 ans, secundipare. A terme. 2 hémorragies très importantes.

A l'examen : présentation céphalique haute, membranes intactes, col dilaté à 1 franc.

Césarienne basse sous rachi-anesthésie (Professeur LEROUX).

Enfant vivant.

Suites opératoires bonnes.

Insertion latérale du placenta.

OBSERVATION 52.

Césarienne basse sous rachi-anesthésie, pour hémorragie par insertion basse du placenta (Professeur LEROUX).

Enfant vivant.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION 53.

M^{me} C., 21 ans, primipare. A terme.

Hémorragie au début du travail.

A l'examen : col fermé, membranes intactes : présentation céphalique haute.

Césarienne supra-symphysaire, sous rachi-anesthésie (Professeur LEROUX).

Enfant vivant.

Suites de couches bonnes.

Insertion latérale du placenta.

OBSERVATION 54.

M^{me} B.

Opération césarienne supra-symphysaire, sous rachi-anesthésie pour hémorragie du placenta praevia. (Professeur LEROUX).

Enfant vivant.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION 55.

M^{me} R. des Herbières, 22 ans, primipare. A terme.

Hémorragie au début de travail, membranes intactes, col fermé, présentation céphalique haute.

Opération césarienne supra-symphysaire sous rachi-anesthésie (Professeur LEROUX).

Au début de l'opération bruits du cœur fœtal ralentis. L'enfant naît mort : opération trop tardive.

Suites de couches : phlegmatia alba dolens.

La femme a depuis accouché par les voies basses, avec une application de forceps, 15 mois après l'opération césarienne après une excellente grossesse.

OBSERVATION 56.

Opération césarienne basse, sous rachi-anesthésie pour hémorragie grave du placenta praevia: Docteurs LEROUX et CROCHET de SOULLANS.

Enfant vivant.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION 57-1933-59.

M^{me} V., secundipare, entrée le 10 août 1933. A terme. Chute de bicyclette 6 semaines avant son entrée.

Douleurs à treize heures, rupture de la poche des eaux à 14 h. 30. Entre à 18 heures 30, avec une hémorragie abondante.

A l'examen : utérus contracturé ne donnant aucun renseignement à la palpation ; col mou, non dilaté.

L'hémorragie continue et la dilatation ne se fait pas. L'état de la mère oblige à intervenir ; césarienne supra-symphisaire à 20 h. 30, sous anesthésie rachidienne (Docteur JAROUSSE).

Enfant de 3.120 grammes, mort : opération trop tardive.

Le lendemain frisson et température à 39 degrés ; abcès de fixation et septicémie intraveineuse. Chute de la température, le 4^e jour.

Sort guérie le 1^{er} septembre.

OBSERVATION 58-1933-107.

M^{me} A., 41 ans, 4^e pare, entrée le 30 juin 1933. Dernières règles du 20 au 24 septembre 1932.

Signes de métrite antérieure à sa grossesse.

Le 30 juin hémorragie assez importante, sans douleur et sans cause apparente. Entre à la Maternité.

A l'examen : pas de début de travail, présentation céphalique en O. I. G. A., bruits du cœur fœtal bons.

L'hémorragie continuant : césarienne basse, sous rachianesthésie.

Enfant vivant de 4.950 grammes.

Suites opératoires normales, sort avec son enfant le 1^{er} mai.

Insertion centrale du placenta, très adhérent au segment inférieur ; on doit le sculpter dans la musculature utérine.

OBSERVATION 59-1933.

M^{me} T., 36 ans, tertipare, entrée d'urgence le 5 juillet 1933. Dernières règles du 3 au 6 octobre 1932.

Hémorragies abondantes et multiples pendant sa grossesse. Arrive dans un état très grave d'anémie.

A l'examen : bruit du cœur fœtal ralenti, quoique très bien frappés. Au toucher, la dilatation est à 5 francs, la poche des eaux non rompues ; l'hémorragie continue et devient inquiétante.

Césarienne supra-symphisaire, sous rachianesthésie.

On tombe sur le placenta qui est traversé en raison de son adhérence.

Enfant choqué de 3.470 grammes, le cœur bat, mais malgré cela on ne peut le ranimer.

État alarmant de la mère ; transfusion de sang, 200 centimètres cubes, et sérum sous-cutané 2 fois 500 grammes.

Sort guérie le 21^e jour, sans complications.

3^o CÉSARIENNES SUIVIES D'HYSTÉRECTOMIE.

OBSERVATION 60-1931-113.

M^{me} L., 37 ans, 4^e pare, entrée le 18 février 1931. Dernières règles du 6 au 10 mai 1930.

Hémorragie abondante au 8^e mois. Quelques jours après son arrivée, hémorragie grave.

A l'examen : pas de début de travail ; tête non engagée.

On décide de faire une césarienne.

La rachianesthésie échoue : anesthésie au chloroforme. Péritoine friable, avec des traces de périmétrite ancienne. Vue la menace d'infection on pratique, après l'hystérotomie, une hystérectomie.

Enfant vivant, de 3.840 grammes.

Le placenta est inséré sur le col.

La malade fait une phlébite double des membres inférieurs. Elle sort guérie le 30 avril.

OBSERVATION 61-1931-6.

M^{me} B., 8^e pare, entrée le 4 mai 1931 à 1 heure du matin, dernières règles du 23 au 27 août 1930.

En avril et au début de mai, hémorragies abondantes, amenant de l'asthénie et de l'anémie. Un médecin, mandé le 4 mai, la fait entrer d'urgence à 1 heure du matin. A l'arrivée : l'hémorragie s'arrête et la malade est dans un état de saleté que seule une injection vaginale chaude est pratiquée. La malade ne semble pas en travail.

A 5 heures, l'hémorragie reprend et devient alarmante : les muqueuses sont décolorées, le pouls est à 130. A l'examen : tête assez haute en O. I. G. T. l'utérus ne se contracte pas, les bruits du cœur sont bons.

Le docteur GROSSE, mandé par téléphone, arrive à 6 h. 1/2. A ce moment la malade présente quelques douleurs et il y a quelques contractions utérines. Le toucher, pratiqué alors, révèle un col très largement entr'ouvert, à travers lequel on tombe sur un lambeau placentaire décollé. On décide de faire une césarienne suivie d'hystérectomie.

Anesthésie générale au schleich. Opération gênée par quelques adhérences péritonéales.

Enfant vivant qui semble avoir souffert du poids de 3.400 grammes.

La mère sort le 4 juin, après des suites normales.

Insertion centrale de placenta.

OBSERVATION 62-1931-35.

M^{me} G., 39 ans primipare, enceinte de 8 mois 1/2.

3 hémorragies très importantes antérieurement.

Anémie grave à son entrée.

A l'examen : bruits du cœur fœtal bons ; col fermé, manquant de souplesse, membranes intactes ; noyaux durs, bosselant l'utérus.

On décide de faire une césarienne suivie d'hystérectomie. Anesthésie au chloroforme. L'utérus est bourré de petits fibromes.

Enfant vivant, de 3.030 grammes.

Placenta praevia latéral.

Suites opératoires normales.

4^o HYSTÉRECTOMIE.

OBSERVATION 65-1931-55.

M^{me} G., 38 ans, 4^e pare, entrée le 18 juin 1931. Dernières règles du 10 au 15 janvier 1931.

Hémorragies continues et croissantes depuis le 4^e mois. On décide d'intervenir devant l'état alarmant de la mère. A l'examen : col qui n'est pas perméable au doigt, les bougies d'Hegar passent cependant jusqu'au n^o 15. On ne peut employer le ballon de Ch. de R. Une mèche est mise dans le col ; à la suite de quelques coliques elle est expulsée, la dilatation n'avance pas, le col reste rigide, on a recours à la voie haute : hystérectomie sous anesthésie générale. L'enfant naît vivant, mais non viable.

Le placenta est inséré sur le col.

Suites de couches normales.

C. — Résultats

Nous allons nous cantonner ici dans la brutalité des faits, nous réservant de revenir plus loin, lors de l'étude critique sur chacun des cas que nous allons simplement énumérer.

1^o MORTALITÉ MATERNELLE.

La mortalité maternelle s'élève à 4 décès sur 63 cas, soit 6,35 pour cent. Ces 4 décès reviennent à l'obstétricie, soit 4 pour 38 = 10,52 pour cent.

Les causes des décès sont :

L'hémorragie 3 fois, l'infection 1 fois.

a) Hémorragie : deux femmes sont arrivées exsangues à la Maternité et toutes les deux moururent de choc hémorragique, après la délivrance (obs. 11 et 36) ; la troisième est décédée à la suite d'une hémorragie due à l'inertie utérine (obs. 3).

b) Infection : cette femme infectée antérieurement fit, à la suite d'un accouchement spontané, une septicémie puerpérale avec hémoculture positive au streptocoque hémolytique (obs. 14).

3 de ces décès : la mort par inertie, une des morts par hémorragie, la mort par infection, sont dans le groupe des accouchements spontanés. L'autre décès par hémorragie est au compte de la version avec extraction immédiate.

2^o MORBIDITÉ MATERNELLE.

Nous ne parlerons pas des chocs obstétricaux et hémorragiques qui font partie du cortège du placenta praevia, mais seulement du traumatisme et de l'infection.

a) Obstétrique.

8 fois il y eut des complications.

Deux traumatiques : une déchirure complexe du périnée (obs. 35) ; une déchirure du segment inférieur et du dome vaginal (obs. 38) que la lecture de l'observation excusera presque.

6 complications infectieuses :

1 infection grave avec température à 39 (obs. 37) ;
1 phlegmatia alba dolens, a près infection locale ayant nécessité un curettage (obs. 23) ;

3 infections légères où la température baissa en quelques jours.

b) Chirurgie.

Nous relevons 5 complications dans les suites du traitement chirurgical.

2 complications opératoires. Soit un hématome de la paroi et une désunion de la plaie avec éventration ; les deux guérirent parfaitement (obs. 41 et 45).

3 suites infectieuses : 1 phlébite, 1 phlébite double, 1 infection générale.

Notons que deux de ces cas (obs. 55 et 57) sont des césariennes supra-symphisaires qui pouvaient passer pour des cas purs (col à peine effacé, membranes intactes, un minimum d'examen).

L'autre était une hystérectomie chez une femme déjà infectée (obs. 60).

3° MORTALITÉ FŒTALE.

Si nous regardons les résultats obtenus au point de vue de la mortalité fœtale dans l'insertion basse du placenta, nous voyons que le taux est encore élevé, aussi bien dans notre statistique que dans les statistiques récemment publiées.

Analysons les documents dans leur ordre chronologique et nous pourrons conclure à une amélioration certaine.

Le total est de 26 morts pour 63 naissances, soit 41,26 pour cent de mortalité. L'obstétrique y entre pour 22 décès sur 39 naissances, soit 56,41 pour cent et la chirurgie pour 4 pour 25, soit 16 pour cent.

Il importe d'examiner les résultats en divisant notre statistique en deux périodes : l'une de tâtonnement dans l'ère chirurgicale de 1919 à 1929, et une seconde période de 1929 à 1933.

1^{re} période : Il y eut 18 naissances avec 9 enfants vivants et 9 décédés ou mieux encore :

Méthodes obstétricales : 13 cas, 9 décès, soit 69,2 pour cent de M. F.

Méthodes chirurgicales : 5 cas, 0 décès.

2^e période : Il y eut 45 naissances, soit 28 enfants vivants et 17 décès ou :

Méthodes obstétricales : 25 cas, 13 décès : 52 pour cent de M. F.

Méthodes chirurgicales : 20 cas, 4 décès : 20 pour cent de M. F.

L'amélioration est on le voit, sensible pour les procédés obstétricaux,

Si nous ne prenons que les enfants de plus de 1.800 grammes, poids déjà faible, nous trouvons :

1^{re} période : 14 naissances, 6 décès, soit 42,85 pour cent au compte des procédés obstétricaux.

2^e période : 40 naissances, avec 12 décès, soit 30 pour cent se dénombrant de la façon suivante :

Obstétrique : 21 cas avec 9 décès, soit 42,85 pour cent.

Chirurgie : 19 cas avec 3 décès, soit 15,8 pour cent.

Résumons à quoi sont dus les 18 décès :

10 enfants étaient morts à l'arrivée de la femme, 2 ayant été expulsés morts sur le brancard ;

3 débiles de 18 à 1.900 grammes meurent peu après la naissance ;

1 enfant meurt au cours de l'intervention qui était une version sans extraction immédiate ;

1 enfant est mort dans la grossesse gémellaire ;

Enfin trois enfants meurent lors des opérations césariennes, celles-ci étant trop tardives ; les 3 furent faites alors qu'il y avait déjà souffrance fœtale ; 1 seule de ces femmes était hospitalisée antérieurement, les 2 autres venaient d'entrer d'urgence à la Maternité.

Nous pouvons conclure de cette étude que la mort revient pour une grande part à la prématurité et à la débilité : soit 9 prématurés et 3 débiles sur 26 décès.

L'arrivée tardive des femmes est ensuite la cause de décès la plus importante.

Une intervention précoce peut amener une réduction du taux de mortalité, mais celui-ci restera quand même élevé.

ETUDE CRITIQUE

Si l'on examine du point de vue critique les observations que nous venons d'exposer, en soulignant les points saillants de chacune d'elle, nous voyons que, dans l'ensemble, 38 cas appartiennent à l'obstétricie pure et 25 à la chirurgie. Pour faciliter l'étude de ces deux éthodes en présence, il est nécessaire de grouper les observations comparables entre elles, tant les faits sont disparates en matière d'hémorragie dans l'insertion basse du placenta.

Les procédés obstétricaux

Nous avons été ainsi amené à répartir les cas obstétricaux, suivant le procédé utilisé, dans les catégories suivantes :

- 1^o Accouchement spontané ;
- 2^o Déchirure large des membranes ;
- 3^o Ballon de Champetiers de Ribes ;
- 4^o Version par manœuvres mixtes de Braxton Hicks ;
- 5^o Version podalique, soit séparée, soit suivie d'une extraction immédiate.

1^o ACCOUCHEMENT SPONTANÉ.

14 fois l'accouchement s'est fait spontanément sans aucune intervention de l'accoucheur. A cette série s'ajoute un cas (obs. 12) dans lequel la marche du travail ayant été naturelle jusqu'à la période d'expulsion il fallut, par insuffisance des contractions utérines, achever l'extraction par une application de forceps. La série est en réalité de 15 cas.

Cette conduite d'expectative presque pure paraît donc, dans ces cas, être l'idéal puisque l'accouchement et la délivrance ont été physiologiques.

Nous retiendrons que sur les 14 cas qui se sont terminés spontanément, deux seulement étaient des primipares, tous les autres sont des pluripares. Notons en plus que sur 12 insertions basses mentionnées dans les observations, il en est 9 latérales, 2 marginales, et 1 seule centrale, proportion qui n'est pas retrouvée dans les autres manœuvres.

a). *Mortalité et morbidité maternelle.*

Cependant, même dans aussi simples circonstances, la mortalité et la morbidité ont été assez sérieuses. Il faut sans doute incriminer ici le fait que ces malades ont passé entre des mains assez diverses, ont subi des touchers répétés, sont restées avant l'accouchement un laps de temps souvent prolongé avec un œuf ouvert, avec une aire d'insertion placentaire déclive déjà décollée et exposée au milieu aseptique des voies génitales : toutes raisons qui expliquent

aisément que, même en l'absence de toute manœuvre traumatissante, les suites de couches puissent se montrer infectieuses.

Nous relevons deux infections graves du post-partum. L'une d'elles (obs. 2) est caractérisée par un état fébrile à 39° qui a duré quelques jours et a fini par guérir. L'autre conserve une péritonite aiguë qui s'est déclarée presque aussitôt après l'accouchement et a pu être jugulée par une laparotomie avec exérèse de la trompe droite et drainage à la Mickulicz (obs. 5).

Il s'agit, en effet, non d'une péritonite puerpérale authentique, mais d'une péritonite causée par l'évacuation directe d'un pyosalpinx, d'ailleurs assez bien toléré et demeuré insoupçonné jusqu'à l'accouchement. En dehors de tout autre considération, il nous semble intéressant de souligner au point de vue étiologique l'état d'infection des voies génitales qui avait fait le lit du *placenta praevia*.

3 femmes sont mortes des suites de cette complication.

L'une d'elles (obs. 14) part pendant une septicémie avec hémoculture positive au streptocoque hémolytique et a été emportée un mois après son accouchement. L'observation montre qu'elle avait expulsé deux caillots fétides dès avant l'accouchement.

Les deux autres femmes ont succombé à l'anémie aiguë ; la première (obs. 3) après un accouchement peu hémorragique, sans complication, avec une délivrance parfaite, a été victime d'une reprise d'hémorragie absolument incoercible.

La deuxième (obs. 11) après un accouchement gémellaire à son domicile, dans lequel un des fœtus avait succombé, amenée livide, sans pouls, à l'hôpital, saignant encore, y subit une délivrance artificielle. Malgré l'arrêt de l'hémorragie, elle succombe peu après de choc hémorragique.

b) *Mortalité fœtale.*

En mettant à part la gémellaire, sur 4 enfants d'un poids inférieur à 1.800 grammes, 3 vinrent morts ou débiles, et ne vécurent pas, un seul survécut.

Les 10 autres enfants de plus de 1.800 grammes ne survivent que dans la proportion de 7 sur 10, la mortalité est donc de 3 sur 10.

Cet aperçu montre que la plupart de ces femmes accouchent avant terme et que, si la mortalité infantile est si lourdement chargée, cela tient en grande partie à la prématurité des foetus. Ils sont, de par ce fait, particulièrement fragiles aux conséquences des échanges fœtaux-maternels gênés par le décollement placentaire et par les hémorragies maternelles

2^o DÉCHIRURE ARTIFICIELLE LARGE DES MEMBRANES.

Cette intervention, simple et souvent efficace, a été dans ce groupe de faits le temps essentiel du traitement hémostatique. Il a été parfois complété, suivant le cas, soit par un forceps, soit par une extraction par version. Mais en toute occurrence la dilatation s'est complétée spontanément.

Ce groupe n'a donné lieu à aucune mortalité, et la morbidité a été à peine sensible.

Il s'est agit toujours de plurigestes et, sauf une fois, de pluripares.

3 enfants sont morts sur 5 cas, l'un d'eux pesait 4.060 grammes et a succombé in utero, malgré la bénignité de l'hémorragie. Un autre commençait à desquamer et le 3^e était également mort in utero.

Il est hors de doute que la méthode de Puzos doit être conservée dans l'obstétricie pratique, à condition bien entendu qu'on observe certaines précautions qui se résument en deux mots, aseptie prudence :

— Aseptie rigoureuse, afin de ménager toute possibilité d'une action chirurgicale ultérieure qui peut devenir nécessaire — prudence dans les manœuvres de façon à éviter tout traumatisme du col qui pourrait amorcer une fissure du col ou du segment inférieur, qui risquerait d'augmenter le décollement placentaire et pourrait être la cause d'une recrudescence grave d'hémorragie.

Le placenta praevia est en effet une lésion à traiter avec ménagement et il est utile de répéter qu'on ne saurait être trop doux dans le toucher de ces femmes ; le toucher n'est ici d'aucune utilité pour assurer le diagnostic qui est déjà établi, il ne sert qu'à se rendre compte de l'état de dilatation et de dilatabilité du col, mais sans rien forcer ni tirailler.

La rupture large des membranes n'est malheureu-

sement pas toujours efficace. Il va de soi que pour donner satisfaction, il est nécessaire que le muscle utérin soit en travail et que, grâce à sa puissance, la présentation vienne bien s'appliquer sur la calotte du segment inférieur et puisse ainsi assurer la compression hémostatique de cette zone. En principe donc, hors des contractions du travail, cette simple et élégante manœuvre perd toute son efficacité. Et même lorsque le travail est en cours, si une dystocie osseuse, ou même une tumeur praevia surajoutée (fibrome) vient empêcher la présentation de descendre s'adapter étroitement au segment inférieur, la rupture des membranes n'apportera pas remède à l'hémorragie.

3^o BALLON DE CHAMPETIER DE RIBES.

Avec les applications de ballon de Ch. de R. nous arrivons à une méthode qui a eu son heure de vogue, mais qui tend, à l'heure actuelle, à perdre du terrain, nous verrons pourquoi.

Ce procédé a été utilisé 6 fois dans notre série d'observations, chez une primipare et 5 pluripares, ce qui montre bien qu'on l'emploie plus volontiers lorsqu'on croit avoir affaire à un col souple et dilatable. Il réalise théoriquement le double but cherché : hémostase immédiate et dilatation du col non traumatique mais progressive, physiologique et relativement rapide. Il se montre particulièrement intéressant lorsqu'il n'y a pas de travail de fait au moment

des hémorragies ce qui est le cas chez la 9^e pare de l'observation 23 pour laquelle la mise en place du ballon fut précédée d'une dilatation aux bougies d'HEGAR. En dépit de la multiparité, la dilatation dura onze heures et encore il fallut la compléter à la main.

La seule primipare en cause (Obs. 25) présentait un hydramnios avec albuminurie ; le ballon fut mis en place pour provoquer le travail et il fallut terminer par une version, la dilatation étant complète.

Dans d'autres cas, le ballon fut placé parce que la rupture large des membranes n'avait pas donné le résultat escompté, la femme étant dangereusement anémiée.

Nous retiendrons donc, à l'actif du ballon, les services qu'il rend en arrêtant l'hémorragie, en excitant les contractions de l'utérus et en activant la dilatation du col.

Par contre, des inconvénients contre-balancent son intérêt ; outre le reproche général de sa fragilité, de sa mauvaise conservation, de sa rupture si fréquente qui complique son emploi et oblige à répéter sa mise en place, il a les inconvénients suivants :

1^o Efficacité insuffisante puisque, dans deux cas seulement sur 6, il fut suffisant d'appliquer le ballon pour obtenir la terminaison de l'accouchement. Les 4 autres cas nécessitèrent des opérations plus ou moins complexes, souvent sous anesthésie générale, — soit achèvement de la dilatation par procédé ma-

nuel, — soit extraction au forceps, — soit abaissement d'un pied, — soit la version.

2^e Dangers d'infection qui résultent :

— De l'emploi d'un instrument non stérilisable au sens strict du mot, mais seulement grossièrement aseptisable ;

— De l'introduction in utero de ce matériel douteux ;

— Des manœuvres souvent répétées, imposées par la rupture de ce ballon, l'emploi de ballons d'un calibre croissant ;

— De l'obligation de laisser longtemps en place ce corps étranger in utero. L'un de ces ballons a été laissé 11 heures, la malade a fait des suites infectieuses, il fallut faire une révision à la curette, et on a eu une phlegmatia.

3^o Danger de la possibilité d'une déchirure du segment inférieur : le ballon agit, malgré une apparence physiologique, en forçant le col à la façon d'un coin et il peut, sur ce col déjà lésé, amener des déchirures toujours si redoutables dans le cas de placenta praevia.

En dehors de ces inconvénients de la méthode, dans nos observations nous ne relevons aucun décès de femme et que la complication infectieuse déjà signalée. Mais il y a 3 enfants morts en état de prématurité et aucune autre méthode n'aurait pu éviter cette mortalité infantile.

4^o VERSION PAR MANŒUVRES MIXTES DE BRAXTON HICKS.

4 de nos observations peuvent être rangées dans ce groupe.

Il n'y a pas de mortalité maternelle, mais la catastrophe a été frôlée de près pour certains cas. Les femmes ont été 2 primipares, une secundipare et une tertipare.

Aucun enfant n'est venu vivant. La mortalité pour cette brève série est de cent pour cent. Moins redoutable dans d'autres statistiques, elle est toujours très élevée, 70 à 80 pour cent. Il est vrai que s'adressant souvent à des grossesses avant terme, cette prématurité entre pour beaucoup dans les causes de fragilité fœtale.

En tout état de cause, il est utile de dire que, dans la réalité des choses, la version de B. H. est souvent difficile à pratiquer. Si le col est peu dilaté, si la femme saigne pendant l'opération, l'opérateur a tendance à forcer le col pour saisir les membres inférieurs fuyants et lointains du fœtus. Le résultat en est pour l'utérus des manœuvres plus ou moins brutales qui risquent de déchirer ou de fissurer le col, d'ouvrir les sinus veineux utérins, de porter in utero des germes infectieux.

Quant au fœtus, il court des risques d'autant plus redoutable, qu'il est plus prématuré et que, si une augmentation de la zone décollée se produit pendant

les manœuvres, son asphyxie devient encore plus rapide et plus irrémédiable.

Nous ne serons donc que très peu partisan du B. H. malgré l'avantage de son hémostase rapide, tout en lui reconnaissant qu'il peut rendre de grands services au cas où l'accoucheur est dépourvu d'autres moyens.

5^o VERSION PODALIQUE VRAIE.

Qu'elle soit différée ou suivie d'extraction du fœtus, elle nécessite une ouverture du col suffisante pour passer la main. Cette dilatation n'est pas réalisée dans 7 cas sur 8 de notre série. La nécessité de compléter la dilatation, souvent à partir de 5 francs, ne va pas sans de réels dangers que nous venons de souligner dans le B. H. Il est juste cependant de ne pas trop décrier ce procédé qui s'adresse à des cas souvent désespérés où il semble que rien d'autre ne soit plus à tenter tant est grave la situation du fait des hémorragies répétées et abondantes, du fait des circonstances — absence d'aide, — éloignement de tout secours efficace, de tout centre obstétrical, — local inadapté à des manœuvres complexes.

Nous avons retrouvé 5 observations de version séparée avec trois enfants morts et 2 enfants vivants. L'un de ceux-ci concerne une primipare, l'autre une tertipare.

Au point de vue morbidité deux femmes présentèrent des suites de couches fébriles qui nécessitèrent des abcès de fixation, mais guérèrent rapidement.

Nous relatons trois observations de version avec extraction immédiate et nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher cette méthode de l'antique accouchement forcé.

Une de ces femmes, amenée exsangue, meurt, l'enfant était mort *in utero*.

La deuxième a eu son enfant prématuré mort *in utero* et ne doit sa vie qu'à une transfusion immédiate, rendue possible par le dévouement du donneur de sang, notre camarade COLAS, interne du service. Mais elle eut des suites de couches infectieuses et ne sortit qu'après avoir fait les frais d'une infection puerpérale sévère : cellulite pelvienne, annexite, phlegmatia.

La deuxième relate l'histoire d'une extraction première d'un placenta recouvrant, inséré sur l'orifice cervicale, suivi de l'extraction d'un enfant vivant. Comme elle avait nécessité une dilatation du col, on constate à la révision une déchirure telle qu'il fallut l'hystérectomiser : la malade guérit.

La version n'est donc pas sans dangers multiples : danger maximum lorsqu'elle est suivie d'une extraction immédiate, danger diminué lorsqu'on la sépare de l'extraction, soit qu'on évite l'extraction comme dans le B. H., soit qu'on la complète manuellement. Le danger est partout : pour la mère dans le choc opératoire lui-même, indépendant du traumatisme local et de l'apport infectieux pour l'enfant, qui meurt dans une effrayante proportion.

Que faut-il conclure à propos de tous ces cas obsté-

tricaux purs : s'il est des cas dans lesquels, l'accouchement aboutissant spontanément à bonne fin, il n'y a aucune raison d'intervenir, la conduite à tenir dans les autres apparaît plus discutable.

Nous conserverons la rupture large des membranes, sous réserve des précautions ci-dessus exposées, qui paraît devoir être très largement utilisée. Mais elle peut être inefficace ou irréalisable (placenta recouvrant). Aurons-nous dans ces conditions recours à la version ou au ballon. L'un et l'autre des procédés apparaît, à la lumière des faits, bien décevant. Après cette étude nous aurons des raisons d'être en méfiance dans leur emploi trop hâtif et comme réflexe. Nous pensons qu'il serait plus utile pour la femme d'user plus souvent des procédés médicaux destinés à réparer d'urgence son hémorragie, et, il n'en est pas de plus puissant que la transfusion du sang.

Nous pensons aussi qu'il ne faut pas se hâter, comme le dit très justement le Professeur agrégé METZGER, de vider le vagin des caillots qui le distendent, ceux-ci jouant un rôle d'hémostase et de protection contre l'infection. Il y a peut être mieux à faire que les manœuvres in utero par l'application d'un ballon ou le traumatisme d'une version, préparé par la dilatation plus ou moins forcée du col et, partant, pleine de risques.

La solution de ce grave problème est-elle résolue par l'utilisation de la rachi dans les insertions basses ? Nous n'avons aucune expérience personnelle dans

ce cas de la Méthode DELMAS qui vise à son emploi. Encore trop récente suscitant de trop vives discussions pour juger en toute impartialité les faits, il faut attendre des expériences nouvelles, effectuées en toute indépendance, pour faire son opinion sur sa valeur.

En l'état actuel des choses, on ne peut nier les dangers des méthodes par voies basses dont fait partie la rupture large des membranes qui semble être le procédé de choix dans l'attente.

Les procédés chirurgicaux

Le traitement chirurgical a été adopté pour 25 cas d'hémorragie par insertion basse du placenta. Il comprend 21 césariennes et 4 hystérectomies. Nous avons déjà mis en valeur tout l'intérêt qui est lié à l'observation de 1919, relatée par notre regretté Maître, le Professeur GROSSE, puisqu'elle le met au rang des promoteurs de la méthode. Cette observation est très typique au point de vue de l'indication de la césarienne, puisqu'il s'agit d'une primipare surprise au début du travail par une inquiétante hémorragie nécessitant une intervention d'urgence, alors que le col à 1 franc est recouvert par le placenta et de plus, le fœtus vivant en épaule. Aucune méthode obstétricale efficace ne permettait d'agir assez vite sur ces obstacles multiples. Pressé par l'anémie aiguë qui menace, il faut se décider ; on pratique alors la césarienne corporéale, qui tourne

l'obstacle et, grâce à l'évacuation immédiate de l'utérus, assure la rétraction hémostatique et met l'enfant en sécurité.

Cette observation schématisée s'est répétée souvent depuis lors avec des variantes, bien entendu, mais en retrouve dans la plupart d'entre elles des conditions basales qui conduisent à l'intervention dans des conditions idéales et que l'on peut résumer en quelques mots :

— Gravité de l'hémorragie, rapidement menaçante et qu'on ne peut juguler par voie basse en raison de l'obstacle cervical ;

— Existence d'un enfant vivant, largement viable ;

— État d'asepsie des voies génitales suffisant, facteur lui-même du temps passé depuis le début de l'accident, des touchers et manœuvres effectués ;

— Notions de dystocies complexes.

Reprendre l'appréciation de ces éléments divers dont la synthèse entraîne la détermination de l'acte opératoire dans l'esprit de l'accoucheur, n'ajouterait pas grand'chose de nouveau à l'exposé de MM. PAUCOT et REBB et ceci n'est d'ailleurs par le but de notre travail.

Qu'il nous soit cependant permis, à la lumière des faits exposés dans nos observations, de dire les résultats de cette expérience.

Il a toujours fallu un état d'anémie grave pour décider l'hystérotomie et dans presque tous les cas les hémorragies se sont répétées à plusieurs reprises avant d'en venir à cet état inquiétant. Sans doute

dans l'appréciation du degré de gravité d'un état d'anémie aiguë par spoliation sanguine joue un élément personnel non négligeable. Dans une certaine mesure on pourrait réduire ce facteur subjectif en précisant : la rapidité de l'hémorragie, sinon son abondance impossible à mesurer et même à définir, la rapidité du pouls, la pression artérielle, la numération globulaire.

Nous pourrions y ajouter une notion importante en pratique, celle du transport de la malade en pleine hémorragie. Un grand nombre de femmes de nos observations sont amenées de loin jusqu'à 100 kilomètres et plus de distance, en autos souvent inconfortables, camionnettes dont le plancher a été capitonné au dernier moment par des moyens de fortune, un lit de paille, un matelas, une couëtte en plume ; la femme part ainsi de jour ou de nuit pour un long trajet ; elle arrive à la Maternité dans une mare de sang, choquée par le transport, par l'hémorragie, par le froid. Ces conditions déplorables et malheureusement inévitables, rappellent le transport des blessés pendant la guerre.

Elles valent mieux pourtant qu'un traitement à domicile dans un ferme ou un taudis, et pour être tout à fait véridique, il faut se représenter l'état de saleté de certaines femmes, et l'absence des soins les plus élémentaires d'hygiène. Heureusement les paysannes jouissent d'une réserve de vitalité et d'une résistance précieuse à l'infection.

Dans ces cas d'urgence la question de l'asepsie

des voies génitales devient un mythe. Cette asepsie est irréalisable en principe ; toujours le toucher a été effectué à doigt nu, après une sommaire désinfection, presque toujours il a été répété et s'est attardé dangereusement au niveau de la zone placentaire intra-utérine, apportant là directement des germes septiques. De plus, des manœuvres ont pu avoir lieu, soit se bornant dans les cas les meilleurs à la simple rupture des membranes, et au pire, essayant la dilatation plus ou moins forcée de l'orifice cervical pour activer dangereusement l'accouchement.

Après l'échec de ces tentatives, quelle peut être la pureté des voies génitales ! Il faut donc être prudent et rechercher les signes cliniques d'infection utéro-ovulaire. En l'absence des critères bactériologiques et biologiques, trop longs à rechercher, il est essentiel de relever les signes cliniques de l'infection : température (qui ne doit pas atteindre 38°5) — pouls, malheureusement ici en défaut parce que agité, accéléré, déprimé, par l'hémorragie, le transport, l'émotivité — facies de la malade — état de la langue, sèche, aspect fendillé — état d'agitation — aspect de la vulve (œdèmes inflammatoires, lésions traumatiques — liquide amniotique (fétidité, aspect) — temps passé depuis le début du travail, depuis la rupture des membranes — manœuvres effectuées (lorsqu'elles sont avouées), leur nature, leurs répétitions, leurs conditions d'exécution.

Si dans notre série d'observations un certain nombre d'utérus ont pu être césarisés l'œuf étant

intact, dans d'excellentes conditions par conséquent, il existe par contre plusieurs cas dans lesquels l'état des voies génitales et de l'œuf était suspect. Nous trouvons une observation avec un lambeau de placenta prolabé dans le vagin. Enfin, lorsqu'ont eu lieu des manœuvres multiples de dilatation ou d'extraction, ou bien, si l'utérus est fibromateux, ou encore si le col très ouvert laisse passer un trop large lambeau placentaire, la présomption d'infection est telle que l'hystérectomie s'impose.

L'état du col commande l'opération ; toute la question est de savoir s'il se dilatera sans nouvelles hémorragies. Or, ceci n'est pas possible si le placenta est recouvrant, ou avec une présentation défec-tueuse. Pour éviter ce risque, mieux vaut tourner l'obstacle par voie haute.

Dans les cas d'insertion latérale, le col permettra-t-il la libre pratique sans exiger des manœuvres de dilatation artificielle, dangereuses parce que employant la force.

Notre statistique nous apprend que 7 opérées étaient primipares, 15 pluripares, alors que, parmi les accouchements spontanés, on ne compte que 2 primipares et 12 pluripares, et parmi les interventions obstétricales, 4 primipares contre 19 pluripares. La proportion plus grande de primipares parmi les opérées s'explique par la plus grande difficulté d'ouverture du col chez celles-ci.

L'enfant doit être vivant au moment où l'on commence l'opération et le contrôle de sa vitalité est

assuré par l'auscultation des bruits du cœur. Si la sauvegarde de la vie de l'enfant est la justification principale de la césarienne, on peut dire que la césarienne a bien tenu sa promesse, puisque sur 25 cas elle a donné 21 enfants vivants alors qu'en face de ce résultat les 15 accouchements spontanés dont le gémellaire m'ont donné que 8 enfants vivants et les méthodes obstétricales sur 23 cas, 9 enfants vivants et 14 enfants morts, il nous faut défalquer cependant de la mortalité des accouchements spontanés 3 enfants au-dessous de 1.800 grammes et du total : 8 enfants au-dessous de 1.800 grammes.

La question de la sauvegarde de la vie de l'enfant vaut d'être examinée sous deux angles différents : tantôt la césarienne évite au fœtus la succession si lente et si dangereuse pour lui des manœuvres obstétricales ; tantôt le fœtus a déjà souffert, les bruits du cœur sont modifiés, le liquide amniotique est teinté de méconium.

La question se pose de savoir si, pour un fœtus compromis, on a le droit de faire une opération césarienne que tout par ailleurs légitime et indique de la façon la plus urgente dans l'intérêt de la mère. A cette question les faits répondent d'eux-mêmes, et plusieurs opérations ont été tentées dans des circonstances aussi angoissantes : les minutes comptent alors pour des heures et deux cas de fœtus morts représentent deux opérations qui n'ont pu matériellement être tentées assez tôt. Le fœtus naît parfois en état de mort apparente, le cœur bat encore ; une

fois il n'a pu être ranimé ; mais d'autres fois, à force de patience, de soins judicieux, d'habileté, de dévouement, le fœtus vit, la partie est gagnée, elle vaut donc la peine d'être jouée.

Si l'on veut pousser les choses plus loin encore, il peut se faire que l'état de la femme soit tel que son enfant soit mort in utero et que cependant le danger soit grand. Il est alors formellement indiqué, si le col est trop peu ouvert, de pratiquer l'intervention par voie haute, césarienne ou même hystérectomie qui assurera l'hémostase la plus rapide.

Ne semble-t-il pas que dans un certain nombre de nos observations cette conduite, précédée d'ailleurs d'une transfusion, eût été préférable à celles qui ont été suivies : pratique de l'extraction forcée : (Obs. 36 : mort de la femme), (Obs. 37 : femme guérie grâce à une transfusion miraculeuse en quelque sorte), (Obs. 38 : femme exangue où furent extraits le placenta puis le fœtus et chez laquelle une déchirure vagino-cervico-segmentaire était telle qu'une hystérectomie fut nécessaire).

Reste encore le choix de la zone où portera l'hystérotomie. Les deux premiers cas opérés ont été des césariennes corporéales, tous les autres des césariennes basses. C'est que les craintes théoriques d'incision de la zone segmentaire dans l'insertion basse du placenta ont montré leur inanité devant la répétition des bons résultats opératoires. Nos observations montrent même que nos opérations n'ont pas donné lieu à des nouvelles hémorragies. Le rôle de la rachi-

anesthésie est réel à cet égard ; nous ne relevons pas plus de phlegmatia que par l'emploi des méthodes obstétricales. Enfin, la morbidité générale césarienne n'est pas plus lourde que celle des méthodes obstétricales, malgré l'emploi de la technique chirurgicale dans un certain nombre de cas impurs.

*
* *

Arrivé au terme de cette étude critique, dans laquelle, en toute impartialité, nous avons examiné la valeur des diverses méthodes employées dans des circonstances très diverses, nous voudrions aboutir à formuler une conclusion.

Les chiffres dans leur brutalité plaident certainement en faveur d'une césarienne, et ajoutons de la césarienne suprasymphisaire. Sa conception satisfait l'esprit, car elle prétend aménager tant la vie de l'enfant que celle de la mère, et il faut bien reconnaître qu'elle y parvient presque toujours.

Est-ce à dire que les méthodes obstétricales devront désormais lui céder toute la place ! Pas du tout, car obstétrique et chirurgie ont chacune des indications particulières. A la chirurgie, les hémorragies survenant à terme ou près du terme, l'enfant bien vivant et viable, les conditions du côté de la mère étant telles qu'une évacuation rapide est impossible par les voies basses. A l'obstétrique, les hémorragies survenant à une période quelconque de

la grossesse, que l'enfant soit viable ou non, soit vivant ou non, à condition :

— Que le col ait tendance à s'ouvrir soit spontanément, soit après manœuvre aussi simple que possible ;

— Que la menace d'hémorragie ne devance pas les possibilités d'évacuation de l'utérus.

Encore, faut-il ajouter que, parmi les manœuvres par voie basse, l'une d'elles mérite de rester au premier rang des méthodes, c'est la rupture large des membranes. Quant aux autres procédés, ballon, B. H., version séparée, nous en avons appris les dangers et constaté les résultats, détestables pour le fœtus, discutables pour la mère.

La dilatation du col ou si l'on préfère l'achèvement artificiel d'une dilatation déjà commencée, suivie de la version extractive, malgré son apparence simple et facile, ressemble trop à l'accouchement forcé de Guillemeau pour que nous lui permettions de survivre dans le sens d'accouchement méthodiquement rapide. C'est une manœuvre essentiellement dangereuse, qu'il faut, semble-t-il, banir de notre arsenal.

Ces considérations montrent bien la complexité des éléments qui domine le problème du choix de la voie d'accès de l'utérus. Il importe de souligner, la difficulté théorique de ce choix, de montrer combien la ligne de conduite pratique en face d'un cas concret se trouve difficile à tracer. Il ne s'agit pas devant une femme qui perd son sang et dont la vie est

menacée en même temps que celle de son enfant, de résoudre une équation avec des éléments connus. Evaluer le degré de l'hémorragie, d'anémie du sujet, la résistance particulière du sujet, l'état d'infection des voies génitales, les possibilités d'agir par voies basses ou au contraire les dystocies surajoutées, tout cela est du métier de l'accoucheur.

Encore faut-il que celui-ci ne se sente pas limité dans son action par une insuffisante technicité chirurgicale dont la conscience qu'il en aurait viendrait entraver sa délibération intérieure et son libre choix. Au contraire, cette extrême liberté du choix de la méthode, lorsqu'elle s'allie à une expérience éprouvée de l'art obstétrical, est la meilleure garantie, pour la femme atteinte d'hémorragie par placenta praevia, que l'accoucheur auquel elle est confiée agira au mieux de son intérêt et de celui de son enfant.

Mais pour agir, il est nécessaire que l'accoucheur dispose de tous ses moyens et là intervient ; en plus du rôle joué dans le diagnostic, le rôle persuasif du praticien rural ou de la sage-femme pour faire gagner le plus tôt possible un centre obstétrical à la femme atteinte d'hémorragie par insertion basse du placenta.

LES MOYENS AUXILIAIRES DU TRAITEMENT

L'anesthésie et le traitement de l'anémie

L'anesthésie

A. — L'ANESTHÉSIE DANS LES MANŒUVRES OBSTÉTRICALES.

Les pratiques gynécologiques et obstétricales disposent des anesthésiques généraux : chloroforme, éther, mélange de schleich, chlorure d'éthyle, et de l'anesthésie rachidienne, l'anesthésie épidurale ayant une application trop limitée et en dehors de la question qui nous intéresse.

Les manœuvres obstétricales furent faites, lorsqu'il y eut nécessité, sous anesthésie générale au chloroforme et au schleich, sans accident à signaler. La rachi-anesthésie ne fut pas employée, elle n'eût pu servir qu'au cas où l'accoucheur eût voulu procéder à l'accouchement méthodiquement rapide de
DELMAS.

Il est évident que dans les autres cas elle n'eut été en rien utile, ne favorisant pas l'expulsion spontanée, qui fut à la base des méthodes, après dilatation soit au ballon, soit par le pôle fœtal qui était engagé naturellement ou artificiellement, la version sans extraction immédiate, par exemple.

L'évacuation méthodiquement rapide ne fut jamais pratiquée, avons-nous dit, dans le traitement de l'insertion basse du placenta. Cette technique, qui emploie une dilatation brutale et rapide, ne semble pas devoir être utilisée dans ce cas. En effet, si l'anesthésie rachidienne provoque une paralysie du segment inférieur, du col, du vagin, de la vulve et du périnée (BRINDEAU et LANTUEJOUL), favorable à une dilatation artificielle du col et à l'extraction du fœtus, il faut considérer :

1° Que le col et le segment inférieur sont exposés aux déchirures par suite de l'insertion vicieuse du placenta.

2° Que les sinus utérins vont par suite de la paralysie rester béants au niveau de l'insertion placentaire sur le segment inférieur.

Et COHEN, dans sa thèse (Paris, 1930) voit dans la placenta praevia une contre-indication d'évacuation extemporanée sous rachi-anesthésie, parce que :

1° Danger de l'analgésie rachidienne par son action hypotensive.

2° Danger plus grand de rupture que dans les autres cas, du fait que le segment inférieur est corrodé par les villosités placentaires.

3^o Danger d'hémorragies importantes accompagnant les manœuvres par voie basse, en dehors même de toute rupture.

B. — L'ANESTHÉSIE DANS LE TRAITEMENT
CHIRURGICAL DU PLACENTA PRAEVIA.

L'anesthésie rachidienne suscite dans la césarienne pour placenta praevia une critique que nous voyons signaler par COHEN : danger de l'analgésie rachidienne par son action hypotensive.

L'action physiologique de l'anesthésie rachidienne se trouve signalée par M. le Professeur METZGER : elle provoque une hypertonie du muscle utérin. Dans ces conditions les accoucheurs semblent d'accord pour dire que, dans la césarienne sous anesthésie rachidienne, les risques d'hémorragie sont moindres. Là n'est donc pas la critique, mais l'anesthésie rachidienne provoque chez l'anesthésiée une chute de la tension artérielle.

Ce fait constaté par nombre d'auteurs, a fait l'objet de la thèse d'ACHARD (Paris, 1918) et d'études nombreuses, en particulier d'ABADIE et MONTERO d'Oran en 1922. En mesurant la tension artérielle au cours de la rachi-anesthésie, on constate une chute de la tension artérielle de 1, 2, ou 3 centimètres de mercure. Cette chute provoque un véritable choc avec sueurs, pâleur, vomissements, lypothimie, dont le maximum a lieu 20 minutes après l'injection rachi-

dienne. Ces accidents parfois graves semblent l'être davantage chez des malades choqués ou saignés. Les chirurgiens l'évitent donc dans ces cas et Mahon, en 1926, déclare qu'il évite et évitera l'anesthésie rachidienne jusqu'à nouvel ordre, chez les femmes ayant saigné et en particulier dans la placenta praevia. Dans leur exposé, PAUCOT et REEB signalent que KELLER et PHANEUF la considère, comme très dangereuse ; LABHART et PHANEUF lui préfèrent une anesthésie locale complétée éventuellement par une narcose mixte ; ces auteurs avouent leur préférence pour l'éther.

Cependant, GUIRAUDEN de Sète signale en 1928, en se basant sur quelques cas, son innocuité chez des parturientes saignées à blanc, et se demande si celles-ci n'ont pas une tolérance spéciale à la syncaïne comme au chloroforme ou au laudanum. De VESIAN et René SOLAL constatent le même fait en 1929 et avec eux nombres d'accoucheurs, en particulier DELMAS. REEB y aurait recours dans les 2/3 des cas.

Notre statistique porte sur 25 cas d'interventions chirurgicales dans le placenta praevia et il fut fait 19 césariennes supra-symphisaires avec 19 anesthésies rachidiennes. Il n'y eut qu'un échec. (Obs. 60).

Rappelons en quelques lignes la technique employée par le Professeur LEROUX, technique qui ne vise à aucune originalité et qui précisément démontre encore mieux les possibilités d'user sans aucune crainte de la rachi, même chez les femmes très saignées.

Avant l'injection est faite une piqûre d'éphédrine. Puis, en position assise si possible, est faite la ponction lombaire, en piquant un peu à droite de la ligne des apophyses épineuses, dans les derniers espaces intervertébraux lombaires. La femme enceinte à terme ayant souvent de la peine à s'incliner en avant, il est commode de la mettre à cheval sur la table d'opération, les jambes pendantes de chaque côté. Malgré cette position, il est souvent difficile de repérer très exactement les saillies des apophyses épineuses. Chez une femme en état d'anémie très grave, il est arrivé de pratiquer la rachi en position latérale. Il n'est fait qu'une piqûre de la peau, la mobilité et l'élasticité de celle-ci permettant le déplacement de l'aiguille en cas d'un échec. Une difficulté particulière à la grossesse résulte de l'embonpoint parfois considérable de certaines femmes : la masse à traverser se trouve alors si épaisse qu'il est nécessaire d'enfoncer l'aiguille ordinaire pour rachi de 12 centimètres jusqu'à la garde et même il est arrivé d'être obligé pour trouver le liquide céphalo-rachidien de déprimer la peau en cupule. Lorsque le liquide s'écoule en jet ou qu'il semble hypertendu, il en est laissé couler quelque peu avant l'injection.

Puis on injecte, sans barbotage et lentement, 2 centimètres $1/2$ d'une solution de scurocaïne à 4 pour cent, soit 10 centigrammes de produit. Après le refoulement du piston, le tout est laissé en place pendant une demi-minute environ pour permettre la dilution dans le liquide céphalo-rachidien, en ad-

mettant l'hypothèse qu'il y ait un écoulement de liquide par le trou de la piqûre méningée.

La malade est allongée et mise en position de Trendelenburg. Un point de technique mérite d'être mis en valeur : il a semblé au Professeur LEROUX que certains accidents lyphimiques survenus au cours ou immédiatement à la suite de la rachi sont dus à des mobilisations trop rapides ou trop brutales de l'opérée, par exemple, au redressement trop brusque pour passer du Trendelenburg à l'horizontale, ou encore au fait de poser trop brutalement la malade sur un brancard ou dans son lit.

Pour obvier à ces inconvénients qui relève probablement d'un déséquilibre du liquide céphalo-rachidien, on fait bien attention à ne procéder que très lentement au redressement de la malade ; c'est pourquoi une fois l'évacuation de l'utérus effectuée, on commence à redresser la femme très progressivement.

Parfois la pusillanimité des malades oblige à donner quelques bouffées de chlorokélène pendant l'opération, mais les femmes avouent ensuite une appréhension de la douleur, sans douleur véritable.

Il n'y eut aucun phénomène de choc véritablement inquiétant au cours des anesthésies, signalons quelques vomissements ou quelques nausées à la fin du 1^{er} quart d'heure, mais ne donnant aucune crainte.

Nous pourrions donc conclure de l'innocuité relative de la rachi-anesthésie dans le traitement chirurgical

de l'insertion basse du placenta ce qui nous amènerait à penser comme GUIRAUDEN, en 1928.

Le traitement de l'anémie aiguë

Le symptôme que l'on peut dire unique et la cause. du grand danger que court la femme dans l'insertion basse du Placenta est l'hémorragie, et celle-ci entraîne une anémie souvent considérable soit d'une façon immédiate, soit d'une façon plus lente en raison de sa continuité.

Au point de vue thérapeutique, nous diviserons les hémorragies en deux groupes, avec MM. LEVY-SOLAL et TZANCK, ce dernier ayant inspiré la thèse de M^{lle} Peretti Della Rocca :

1^o Hémorragies abondantes, comparables à celles qui se produisent lors de la section d'un membre ;

2^o Hémorragies aiguës, continues, prolongées, mais moins massives.

TZANCK étudiant les premières, constate lors de l'écoulement une anémie croissante du sang épanché, les éléments nobles du sang étant retenus par les viscères, comme le prouve ensuite l'autopsie.

Par contre, les hémorragies du 2^e groupe provoquent une anémie aiguë avec spoliation de tous les éléments sanguins, à l'autopsie les viscères semblent lavés.

La reprise de l'une ou l'autre hémorragie, après un

arrêt reconstitutif de quelques instants, entraîne un choc violent qui peut provoquer une mort presque instantanée surtout lorsqu'il fut pratiquée une injection de sérum. Joignons encore la gravité du choc obstétrical dû à un déséquilibre du système vasculaire.

Si le premier type de ces hémorragies est relativement fréquent dans l'insertion basse du placenta, le second est de beaucoup le plus souvent rencontré. La thérapeutique est complètement différente dans les deux types ; en effet, dans le 1^{er} cas, hémorragie sans anémie véritable, n'importe quel apport de sérum suffit à remonter la malade pourvu que l'écoulement de sang soit complètement arrêté ; dans le cas contraire, reprise de l'hémorragie, le sérum ne peut que laver la réserve des éléments figurés du sang. Dans le 2^e type, la transfusion sanguine est de la plus grande utilité, l'organisme n'ayant plus ni tension sanguine, ni éléments figurés du sang. La quantité à transfuser doit être massive et en regard de la perte subie.

Nous n'avons pas signalé dans les observations exposées ni les tonicardiaques, ni les sérums, physiologiques ou sucrés, qui furent employés presque à chaque cas.

Il fut fait seulement deux transfusions de sang chez les malades des observations 33 et 35. Il y eut une véritable résurrection chez ces deux malades dont les hémorragies entraînaient dans le 2^e groupe.

Il y aurait un grand intérêt à s'adjoindre cette méthode de traitement d'une façon plus fréquente ; Mais elle demande surtout, en plus d'une grande pratique, une véritable organisation actuellement en voie de réalisation dans la plupart des hôpitaux et cliniques.

CONCLUSIONS

1^o Notre étude a pour but l'analyse et la critique de 63 observations d'Hémorragies par Insertion Basse du placenta, recueillies à la Clinique Obstétricale de l'École de Médecine de Nantes, afin de dégager une vue d'ensemble des méthodes employées.

2^o Ces méthodes ont été empruntées 38 fois à l'obstétrique et 25 fois à la chirurgie. Elles se décomposent pour l'obstétrique (38 cas) en : 15 accouchements spontanés, 5 ruptures larges des membranes, 6 applications de ballon, 4 Braxton-Hicks, 8 versions podaliques, 3 suivies d'extractions immédiates et 5 séparées.

La chirurgie a à son actif 25 cas : 21 césariennes dont 2 corporéales et 19 segmentaires, 3 césariennes suivies d'hystérectomie et 1 hystérectomie.

3^o La statistique brute, non expurgée, donne les chiffres suivants :

la mortalité maternelle globale est de 6,35 % ; les décès appartenant uniquement aux méthodes obstétricales, la mortalité pour ces méthodes est de

10,52 % et de 0 % pour la chirurgie, pour notre courte série, à l'heure actuelle ;

la mortalité maternelle obstétricale s'élève à 20 % et chirurgicale également à 20 %.

4° La mortalité fœtale globale est de 41,26 %. L'obstétrique y entre pour 56,41 % et la chirurgie pour 16 %.

5° L'étude impartiale des faits plaide nettement en faveur de la césarienne segmentaire qui est la méthode de choix en face d'une hémorragie menaçante survenant au voisinage du terme, enfant vivant, l'évacuation rapide étant dangereuse par les voies basses. Il reste cependant de nombreuses indications aux méthodes obstétricales, applicables à toute époque de la grossesse quel que soit l'état du fœtus, à condition que l'hémorragie laisse le temps d'agir en vue d'obtenir la libre pratique de la voie naturelle. Parmi ces méthodes, on évitera, surtout dans le cas d'enfant gros, vivant, largement viable, le ballon, le Braxton-Hicks, les versions qui nécessitent presque toutes un certain forçage du col ; on retiendra surtout la rupture large des membranes. La Méthode de Delmas n'a pas été utilisée dans nos observations.

6° Comme moyens auxiliaires du traitement, nous soulignerons le grand intérêt, d'une part de la rachianesthésie, permettant la Césarienne sans hémor-

ragie — d'autre part la transfusion du sang, qui devrait être utilisée plus largement.

7^o Il serait désirable de ne soigner ces malades qu'en milieu obstétrical, ce qui n'est possible qu'en complétant l'instruction des praticiens à ce sujet.

Vu, le Doyen :

ROUSSY

Vu, Le Président de thèse :

BRINDEAU

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

ABADIE et MONTERO. — *Presse médicale* 1932.

ACHARD. — *Thèse de Paris*, 1918.

BAR. — Congrès des Gynécologues de Langue Française, Paris 1921.

— Discussion du congrès de Londres, 1921.

— Congrès de Pesth, 1910.

BAR, BRINDEAU et CHAMBRETENT. — *La Pratique de l'Art des Accouchements*.

BAR, BRINDEAU et JEANNIN. — *La Pratique de l'Art des Accouchements*.

BRINDEAU. — Communication à la *Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1921.

— Quelques réflexions à propos de la Césarienne sus-pubienne, *Gynécologie et Obstétrique*, 1921.

BUCSAN. — *Thèse de Paris*, 1928.

— CONVELAIRE. — *Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1911.

— Congrès de Berlin 1912.

— *Gynécologie et Obstétrique*, 1921, t. IV.

COHEN. — *Thèse de Paris*, 1932.

DESCURE. — *Thèse de Bordeaux*, 1919.

DESOURBY. — Les Interventions sanglantes dans le placenta praevia.

DEPAUL. — *Leçons cliniques*, 1874.

DYLION. — *Thèse de Paris*, 1890.

GROSSE. — Traitement chirurgical des hémorragies par Placenta inséré sur le Segment inférieur. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1920.

- GUIRAUDEN. — *Bul. de la Société de Gynécologie et Obstétrique*, 1928.
- HENROTAY. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1921.
- LEVY-SOLAL. — Le choc obstétrical. *Presse Médicale*, 1929.
- LAUBRY et TZANCK. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, juillet 1930.
- MADON. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1926.
- MAGGIAR. — *Thèse de Paris*, 1896.
- MARTIN. — *Geb. u. Gyn.* t. XXVIII, 1908.
- MAYER. — *Thèse de Paris*, 1933.
- MOUCHOTTE. — *Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1910.
- NAEGELE et GRENSER. — *Traité pratique de l'Art des accouchements*, 1869.
- PAUCOT et REEB. — Rapport au VIII^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française.
- PERETTI DELLA ROCCA. — *Thèse de Paris*, 1932.
- SCHIKÈLÉ. — *Gyn. et Obs.*, t. I, 1920.
- SELHEIM. — *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1908.
- TZANCK. — La transfusion sanguine. *Bul. et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 3-1-1934



Handwritten text, likely a title or date, in a cursive script, located in the upper right corner of the page.